

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du Diagnostic et du Traitement
de la Grossesse extra-utérine

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 5 Décembre 1931

PAR

Georges BOIREAU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 5 octobre 1907 à Pérenchies (Nord)

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge.....	Président
CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de médecine opératoire.....	Juges
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	
MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....	

ALGER. — IMP. FERRARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du Diagnostic et du Traitement
de la Grossesse extra-utérine

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 5 Décembre 1931

PAR

Georges BOIREAU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 5 octobre 1907 à Pérenchies (Nord)

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge.....	Président
CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de médecine opératoire.....	Juges
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	
MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....	

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
DOYEN HONORAIRE..... HERAIL (*, I. ☞).
ASSESEUR..... GILLOT (I. ☞).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	CANGE (*, I. ☞).
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I. ☞).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cuta- nées	RAYNAUD (*, ☞, I. ☞)
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, ☞, I. ☞)
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge	LAFFONT (*, ☞, I. ☞).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie	LOMBARD (☞, I. ☞).
Clinique médicale.....	AUBRY (*, ☞, I. ☞).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, ☞, I. ☞).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ☞).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (*, I. ☞).
Hygiène, hydrologie et climatologie..	CHASSEVANT (O. *, O. ☞, I. ☞).
Physiologie	TOURNADE (O *, ☞, I. ☞).
Pharmacie	MUSSO (I. ☞).
Médecine légale	GIRAUD (O *, ☞, I. ☞)
Anatomie.....	LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (*, I. ☞).
Physique médicale	PORTES (*, ☞, I. ☞).
Anatomie médico-chirurgicale et méde- cine opératoire.....	CABANES (*, ☞, I. ☞).
Parasitologie et zoologie médicale....	SENEVET (☞, A. ☞).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ☞).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. ☞).
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ☞).
Thérapeutique.....	LEBON (*, ☞, A. ☞).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER, agrégé (☞) Histologie

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. ☞). HERAIL (*, I. ☞).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves	
sages-femmes.....	MM. FUSTER (*, ☞, I. ☞).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	ABOULKER (*, ☞).

AGRÉGÉS

Chirurgie	}	MM. DUBOUCHER (I. ☞)
Médecine		FERRARI (I. ☞).
		MOGGI (*).
		N....
		N....
Physiologie		HERMANN (☞, A. ☞).
Anatomie		RIBET (☞, A. ☞).
Chimie médicale		N...
Obstétrique.. ..		HOUEL (*, ☞, A. ☞).
Histologie.....		N...
Histoire naturelle pharmaceutique..		N....

AGRÉGÉ LIBRE

M. BATTEZ

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Je dédie cette thèse

A la Mémoire
de ma Grand'Mère Maternelle
et de mes Grands-Parents Paternels

A mon Grand-Père

A ma Mère

A mon Père

A mes Frères

A mes Parents.

A mon Maître et Juge

Monsieur le Professeur Agrégé FERRARI

Chirurgien des Hôpitaux

Vous ne m'avez pas seulement témoigné votre estime en me proposant ce sujet de thèse et en me dirigeant; dans des circonstances personnelles vous avez bien voulu vous montrer véritablement l'Ami de votre Elève. Soyez assuré que je n'oublierai jamais ce que vous avez fait pour moi.

A Mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Docteur A. LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale
et de Puériculture du Premier Age

En me faisant l'honneur de présider ma thèse, vous m'avez donné, Mon Cher Maître, une fois de plus, la preuve de votre bienveillance. Vous resterez toujours pour moi un Maître Respecté.

A Mes Juges

Monsieur le Docteur CABANES
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Médecine Opératoire

Monsieur le Docteur MOGGI
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur Agrégé à la Faculté

En toute gratitude.

A Mes Maîtres de la Faculté

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Stage

1926-1927

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL (in memoriam).

Monsieur le Professeur LOMBARD.

1927-1928

Monsieur le Professeur COSTANTINI.

Monsieur le Professeur GILLOT.

Externat

1928-1929

Monsieur le Docteur E. GOINARD.

Monsieur le Professeur LAFFONT.

1929-1930

Monsieur le Professeur GILLOT.

Monsieur le Professeur RAYNAUD.

1930-1931

Monsieur le Docteur DERRIEU.

Monsieur le Professeur LAFFONT.

A Mes Chefs
du Service de Santé militaire

En toute déférence.

A Mes Camarades
de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de la Faculté

A Tous ceux
qui m'ont témoigné quelque sympathie

Introduction

La grossesse extra-utérine est une question longuement exposée dans les traités de gynécologie et dans ceux de pathologie externe. La reprendre pour en faire en une revue générale le sujet d'un travail inaugural constituerait une tâche sans intérêt doctrinal, car tout ce qui a été dit ou écrit l'a été par des Maîtres de la gynécologie ou de la chirurgie avec beaucoup plus d'autorité et d'expérience que nous ne pourrions le faire ici.

Aussi, n'avons-nous pas l'intention de refaire toute cette étude. Mais, suivant les suggestions de notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Ferrari, nous avons seulement cherché à montrer au praticien qu'il devait dans l'intérêt même de ses malades les opérer ou les faire opérer chaque fois qu'il se trouverait en présence d'une gestation ectopique, sans attendre pour le faire que soit survenue une complication. C'est dans ce but que nous avons approfondi la symptomalogie. Cependant, comme ces signes sont tous classiques, nous avons essayé surtout de mettre en lumière les méthodes les plus récentes et les moins connues.

Nous avons cherché à préciser si à la faveur du faisceau de signes ainsi réalisé il n'était pas possible actuellement en présence d'une tumeur pelvienne de pouvoir affirmer avec certitude l'existence ou l'absence d'une grossesse extra-utérine. De même, nous avons voulu qu'en présence d'un drame péritonéal il soit possible d'en déterminer l'origine génitale.

Aussi dans notre exposé des symptômes avons-nous fait des développements inégaux. Pour les signes classiques il s'agit ou peu s'en faut d'une simple

énumération ; mais nous nous sommes plus étendus sur ceux qui nous ont paru moins connus ou plus discutés (comme la radiographie par exemple).

Quand on parle de complications de la grossesse extra-utérine, il vient tout de suite à l'esprit le tableau saisissant de l'inondation péritonéale, complication tellement grave qu'elle commande l'intervention à la minute. Ce n'est qu'après que l'on pense aux hémorragies moins graves se produisant en péritoine cloisonné où elles s'enkystent et s'arrêtent d'elles-mêmes. Lorsqu'on en constate l'existence on pense à la résorption et on l'espère, car elle réalise le traitement spontané de ces hémorragies non dramatiques. Ce n'est là qu'une solution temporaire : si cette complication semble s'effacer elle n'en reste pas moins la cause de phénomènes à distance difficiles à traiter. C'est pour cela que nous avons également attiré l'attention sur les complications. Inciter le praticien à vouloir y parer grâce à un diagnostic précis qui conduira à l'intervention est le but que nous nous sommes proposé.

Nous essayerons de montrer que la thérapeutique doit être chirurgicale, énergique et rapide, et cela quelle que soit l'époque de la grossesse extra-utérine, que celle-ci évolue normalement ou que le cours en soit interrompu par quelque incident.

Observations

Observations

Les observations que nous rapportons ont été relevées pour le plus grand nombre dans les archives de la Clinique Obstétricale de la Faculté. D'autres moins nombreuses nous ont été communiquées par notre Maître, M. le Professeur agrégé FERRARI.

A l'ordre chronologique nous avons préféré une classification d'après le caractère prédominant des cas observés.

Nous avons été ainsi amené à les grouper de la façon suivante :

I. — Grossesse extra-utérine non rompue.

II. — Grossesse extra-utérine rompue :

a) avec inondation péritonéale ;

b) avec hématocele.

Enfin, nous rapportons également une observation relevée dans la littérature et due à AUVRAY qui nous a paru particulièrement intéressante.

I. — Grossesse extra-utérine non rompue

OBSERVATION I

Laparotomie pour avortement tubaire

(Clinique Obstétricale, n° 2368; S. III)

Mme L... Josette, 26 ans, entre le 21 janvier 1928 pour douleurs abdominales, fièvre et vomissements.

Antécédents pathologiques : variole à 10 ans ; métrite et salpingite à 22 ans.

Antécédents physiologiques : a été réglée à 13 ans toujours très régulièrement. Mariée à 22 ans, a eu une fausse couche de 3 mois, spontanée, puis une grossesse normale à terme, avec enfant vivant de sexe féminin.

Les dernières règles datent du 2 janvier et durèrent 2 jours comme d'habitude.

Le 13 janvier, la malade ressent une douleur violente dans le bas-ventre, siégeant au niveau de la partie gauche de l'hypogastre. Le 17 janvier, nouvelle crise douloureuse. Il n'y a pas eu de fièvre ni de frisson ; pas d'expulsion de caduque bien qu'il existe des pertes sanguines. Constipation opiniâtre et difficultés à la miction. Le 20 janvier, dans la nuit, survient une sensation de constriction thoracique survenant par paroxysmes.

A l'entrée : l'utérus est gros au toucher, en légère rétroversion ; le col est mou, le Douglas un peu douloureux quand on le déplisse. Le 22 janvier, le pouls est accéléré, la malade se plaint de douleurs dans les fosses iliaques.

Le 26 janvier, intervention : après laparotomie, on trouve quelques caillots noirâtres et un peu de sang liquide noir. A son extrémité abdominale, la trompe droite est recouverte par des débris ovulaires ; elle ne paraît pas rompue. On l'enlève en laissant l'ovaire en place.

Fermeture en trois plans.

OBSERVATION II

(Clinique Obstétricale, n° 3112, S. III)

Avortement tubaire

Mme B... Elisa, 27 ans, entre à l'hôpital le 24 août 1928 pour métrorragies.

Elle a deux enfants ; depuis sept ans, elle a des pertes blanches ; elle a subi un curetage il y a quatre ans, enfin a

été opérée d'un phlegmon du ligament large gauche il y a 2 ans.

Il y a une dizaine de jours, à la suite d'un retard de règles de quatre jours, elle ressent des douleurs violentes à l'hypogastre avec épreintes douloureuses ; ces douleurs surviennent quotidiennement sous forme de crises durant une heure. La malade présente également des pertes sanguines continues.

Le 25 août, laparotomie sous anesthésie à l'éther.

Il existe un avortement tubaire droit.

Salpingectomie, ovariectomie suivant la technique classique. On enlève également l'appendice qui est long et tortueux. On enfouit le moignon.

Fermeture en trois plans sans drainage.

La malade sort le 28 septembre 1928.

OBSERVATION III

(Clinique Obstétricale, n° 3302; S. III)

Grossesse extra-utérine non rompue

Mme D... Ernestine, 24 ans, entre le 17 octobre 1928 pour crise douloureuse abdominale survenue la veille au soir.

Antécédents : La malade a toujours eu des règles régulières, mais peu abondantes ; les dernières datent du 2 octobre dernier.

Dans ses antécédents pathologiques, il faut noter qu'elle a présenté l'an dernier, à la même époque, une crise douloureuse analogue à celle-ci.

Le 17 octobre, en pleine santé, sans prodromes, la malade a ressenti une douleur abdominale légère durant jusque dans l'après-midi, qui, vers 17 heures, se transforme brutalement en une violente douleur en coup de poignard, irradiant vers le flanc droit et accompagnée de vomissements alimentaires. Il n'y a pas eu de perte de connaissance.

Le 18 octobre, l'état général est excellent ; les douleurs ont presque disparu. Il existe de la pollakiurie, mais sans dysurie.

A l'examen : l'abdomen est souple, il respire normalement.

A la percussion : légère zone de matité hypogastrique à droite. La palpation à ce niveau est douloureuse, mais il n'existe pas de défense. Au toucher, on perçoit une tumeur grosse comme une noix.

Le 22 octobre : Globules rouges : 5.830.000.

— blancs : 11.600.

Formule : polynucléaires..... 60 %

lymphocytes..... 39 %

Le 24 octobre, intervention sous anesthésie générale à l'éther. La laparotomie découvre une tumeur de la grosseur d'un œuf, extrêmement adhérente au grêle et au sigmoïde, constituée par la trompe droite gravide. L'ovaire et la trompe gauches étant malades, on pratique une hystérectomie subtotal de gauche à droite. L'anse sigmoïde et le grêle étant déperitonisés, on les péritonise au fil de lin ; mikulicz.

Suture de la paroi en trois plans.

La malade sort le 8 décembre.

OBSERVATION IV

(Clinique Obstétricale, n° 4349, S. III)

Grossesse extra-utérine non rompue

Mme D... Colombe, 35 ans, entre le 31 juillet 1929.

Elle présente un retard de règles de 2 à 3 mois (dernières règles normales le 6 juin). Depuis 15 jours existent des pertes sanguines.

Au toucher, grosse masse à droite de la taille d'une orange, de nature kystique.

Dan le service, cette malade expulse une caduque entière

Le 31 juillet, Numération : Globules rouges : 2.800.000.

— blancs : 4.000.

Formule : Polynucléaires..... 65 %

Monocytes..... 10 %

Lymphocytes..... 25 %

Le 8 août, sous anesthésie rachidienne à la syncaïne, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, l'utérus est augmenté de volume. Il est flanqué à droite d'une masse violacée, incluse dans le

ligament large et dont la surface est sillonnée de sinus du volume du petit doigt.

Ligature et section du ligament utéro-ovarien droit, de la trompe droite à son insertion, et décortication de la tumeur après ouverture du ligament large par sa face antérieure. Reconstitution du ligament large. Suture en trois plans de la paroi, sans drainage.

OBSERVATION V

(Clinique Obstétricale, n° 4459, S. III)

Grossesse extra-utérine non rompue

Mme C... Antoinette, 30 ans, entre à la Maternité le 7 septembre 1929.

Ses règles sont très diminuées depuis trois mois.

Le 31 août, elle a ressenti une douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque droite et, depuis cette époque, elle présente un écoulement sanguin, continu, sans caillots. Le 21 août, la malade avait déjà émis un gros caillot.

Au toucher, on sent une grosse masse latérale droite, fluctuante, douloureuse, du volume d'une petite tête d'enfant.

Le 13 septembre, la tumeur est beaucoup moins volumineuse, moins tendue, elle n'est plus douloureuse.

Le 28 septembre, intervention sous anesthésie générale à l'éther : incision de la paroi selon le bord externe du grand droit, à droite; une incision ayant été faite antérieurement sur la ligne médiane pour ligature de la veine cave. On arrive sur une tumeur latéro-utérine, adhérente aux plans profonds, contenant du liquide et des caillots. La tumeur est libérée de ses adhérences et enlevée après ligature de ses pédicules. On nettoie à l'éther ; on place un mikulicz.

OBSERVATION VI

(Clinique Obstétricale, n° 4727, S. III)

Mme R... Carmen, 28 ans, entre salle Dubois le 20 novembre 1929 pour tumeur de la fosse iliaque droite considérée en ville comme une grossesse ectopique.

Les dernières règles remontent au 6 septembre et ont duré jusqu'au 9. Le 6 octobre, à l'époque présumée de ses règles, la malade ne constate aucun écoulement sanguin.

Le 22 octobre, elle ressent de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, d'abord alimentaires, puis glaireux, ne s'accompagnant pas de fièvre. Ces douleurs se propagent vers l'anus et le bas-ventre ; elles sont rythmées et la malade les compare à une sensation de torsion de ses viscères. On lui ordonne le repos au lit qu'elle observe pendant 15 jours. Elle présente dans la suite deux autres crises analogues, à huit jours d'intervalle, sans vomissements.

Depuis qu'elle a commencé à souffrir existe un écoulement sanguin journalier de même couleur que les règles, mais parfois plus fluide. Dans l'après-midi du 22, la malade aurait expulsé des membranes semblant être de la caduque utérine.

Dans les antécédents obstétricaux, il est à remarquer que la malade n'a jamais eu de grossesse normale ; elle dit qu'elle a déjà présenté une grossesse extra-utérine du côté droit, terminée par la résolution spontanée ; une autre fois, à la suite d'un retard de 10 jours, elle a expulsé des débris membraneux.

A l'examen, on trouve à droite une grosse masse donnant un signe de Noble, empiétant sur le Douglas qui est très douloureux au toucher.

Numération globulaire : Globules rouges : 5.050.000.
— blancs : 5.200.

Formule leucocytaire : Polynucléaires neutro.. 64 %
— éosino.. 1 %
Monocytes..... 11 %
Lymphocytes..... 24 %

Le 25 novembre : laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, on se rend compte que la tumeur est constituée par la trompe droite gravide basculée en partie dans le Douglas, de la grosseur d'un poing et adhérente aux anses grêles, au rectum et à l'utérus. On arrive à libérer la tumeur de ses adhérences et à l'exciser sans l'ouvrir, en conservant la moitié de l'ovaire.

Reconstitution des plans anatomiques ; mise en place d'une mèche dans le Douglas ; fermeture de la paroi en quatre plans.

OBSERVATION VII

(Clinique Obstétricale, n° 4831, S. III)

Probabilité de grossesse extra-utérine non rompue

Mme R... Jeanne, 29 ans, entre dans le service le 21 octobre 1929 pour métrorragies. Depuis 4 mois, cette malade qui, jusqu'alors, était très bien réglée, a remarqué que ses règles avaient conservé leur rythme, mais qu'elles étaient très diminuées d'abondance et de durée (3 jours au lieu de 8). D'autre part, l'écoulement n'avait pas les mêmes caractères que le sang menstruel : il était de teinte brunâtre. Enfin, depuis le 7 octobre, date des dernières règles, cette malade n'a cessé de perdre du sang de teinte chocolat et d'odeur assez fétide.

Elle signale que, depuis trois mois, elle a du dégoût des aliments, une anorexie globale surtout marquée le matin ; à son lever, elle a des nausées, mais pas de vomissements. Elle accuse également des phénomènes douloureux vagues et diffus dans la région lombaire.

Au toucher : l'utérus est légèrement augmenté de volume, en latéro-position gauche ; on sent une masse occupant la partie droite du petit bassin, de la taille d'une mandarine.

Numération : Globules rouges : 3.895.000.

— blancs : .11.900.

Formule : Polynucléaires..... 75 %

Monocytes..... 1 %

Lymphocytes..... 24 %

Le 25 octobre 1929 : laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une tumeur latéro-utérine droite de la grosseur d'une mandarine qu'on clive assez facilement et qu'on enlève intacte. Après hémostase au catgut, on place une petite mèche retro-utérine. On suture la paroi en trois plans.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un hydro-hémato-salpinx ou d'une grossesse extra-utérine jeune.

OBSERVATION VIII

Grossesse ectopique gauche à siège angulaire

Mme G... Jeanne, 27 ans, est hospitalisée dans le service de la Maternité pour douleurs pelviennes et métrorragies.

Cette femme a vu ces symptômes s'installer après une période d'aménorrhée de 2 mois environ.

Au toucher, on perçoit un utérus de volume normal avec dans le cul-de-sac postérieur une masse du volume d'une mandarine dure et douloureuse. Le col est ramolli et l'on porte le diagnostic de grossesse ectopique.

L'intervention est pratiquée le 9 août 1930 sous anesthésie générale au balsoforme. Incision sous-ombilicale, médiane. Après exclusion du petit bassin et extériorisation de l'utérus, on note au niveau de la portion angulaire gauche une masse de coloration brunâtre, de consistance molle, en partie prolabée, en même temps que l'ovaire gauche, dans le cul-de-sac postérieur. Salpingectomie unilatérale avec conservation de l'ovaire. On laisse dans la zone dépéritonisée une mèche à demeure et on referme la paroi abdominale en un plan au fil de bronze.

OBSERVATION IX

(Clinique Obstétricale, n° 2114, S. IV)

Avortement tubaire avec douleur élevée

Mme P... Antoinette, 33 ans, entre le 13 août 1931, salle Dubois, avec le diagnostic, porté en ville, de grossesse extra-utérine

C'est une IV^e pare qui souffre depuis 10 ans d'une métrosalpingite rebelle à tout traitement, améliorée depuis peu par des séances de diathermie. A son entrée, elle a un retard de règles de 15 jours. Le matin, elle a ressenti une douleur brutale syncopale, dans la région basse de l'abdomen, qui irradie deux heures plus tard à l'hypocondre droit et à l'épaule droite, provoquant une impression de paralysie de ce bras. L'état syncopal s'aggravant, accompagné de vomissements, la malade est transportée à l'hôpital.

Son faciès est pâle ; les yeux sont enfoncés, le nez pincé ; le pouls est petit, filant, les extrémités froides. La malade accuse une douleur hypogastrique prédominant à droite.

L'abdomen, tendu, respire mal ; tympanisme de siège sous-coecal dans la fosse iliaque droite. Pas d'hyperesthésie cutanée ; les culs-de-sac vaginaux, le postérieur surtout, sont tendus et douloureux.

Intervention immédiate sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on constate qu'il existe de nombreux caillots dans le petit bassin. La femme est mise en position de Trendelenburg, on enlève les caillots. La trompe droite, hyperhémée, saigne vers son extrémité libre ; on ne trouve nulle part trace de déchirure. On enlève les annexes droites. On assèche la cavité abdominale, puis on referme en un plan au fil de bronze en laissant une mèche pour drainer.

Parmi les caillots, on décèle l'existence d'un petit chevelu chorial très net, ne pouvant appartenir qu'à un œuf très jeune.

II. — Grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé FERRARI)

Mme G..., épouse P..., réglée depuis l'âge de 13 ans, a des règles régulières, mais douloureuses (ovarite scléro-kystique). Mariée à 20 ans, a eu une grossesse à terme dont les suites furent normales. A été opérée d'urgence pour appendicite aiguë en 1923. Elle avoue plusieurs fausses couches, presque toutes provoquées. Depuis 1926, elle présente une salpingo-ovarite double traitée médicalement par de la diathermie et une cure à Luxeuil, avec amélioration. La dernière fausse couche, toujours provoquée, date de juin 1931 et fut suivie de rétention ovulaire ayant nécessité un curetage ; les suites en furent normales.

Cette femme souffre cependant du ventre depuis juillet 1931. Au toucher, à gauche, on perçoit une tumeur ovarienne mobile, grosse comme une orange, indolore. Il n'y a rien à droite. En septembre 1931, elle présente un retard de règles : celles-ci, attendues pour le 15, ne se déclarent, d'après la malade, que le 1^{er} octobre ; pendant deux jours s'écoule du sang pâle, puis le flux s'arrête pour reprendre le 16 octobre. Elle vient consulter le 27 octobre pour des douleurs assez vives dans le bas-ventre, non calmées par le repos. Pas de température, mais elle continue à perdre du sang depuis le 16 octobre.

Au toucher, on perçoit dans le même état la tumeur ovarienne gauche. A droite, existe un empâtement très douloureux.

La malade est mise en observation au repos avec de la glace sur le ventre. Nous la retrouvons le 28 octobre, à 14 heures, pâle, avec des sueurs froides, des douleurs abdominales atroces et un ventre de bois. Le diagnostic de rupture de grossesse ectopique est évident. Transportée en clinique, la malade est opérée à 15 h. 30.

Anesthésie à l'éther ; laparotomie sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, issue d'un flot de sang liquide. Le petit bassin est rempli de caillots qui débordent la symphyse. Pas de sang dans l'étage sus-ombilical. Pas de douleur élevée. A l'exploration de la zone génitale : rupture de grossesse ampullaire droite. Résection de la trompe. A gauche, un kyste dermoïde de l'ovaire que l'on enlève ; mikulicz. Suture en trois plans. Suites normales jusqu'à ce jour.

OBSERVATION XI

(Clinique Obstétricale, n° 178, S. III)

Rupture de grossesse tubaire n'ayant déterminé qu'un épanchement sanguin minime du Douglas et accompagnée de douleur tardive scapulo-claviculaire de type croisé.

Mme M... Angèle, 23 ans, entre le 14 janvier 1926 dans le service avec le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, bien que les menstruations fussent un peu douloureuses, la malade s'est mariée à 18 ans. Elle a deux enfants vivants. En avril 1925, un avortement provoqué compliqué d'hémorragies nécessita l'hospitalisation dans le service de la Maternité où un curetage fut pratiqué. A la suite de cet accident survinrent, à plusieurs reprises, des crises douloureuses abdominales vraisemblablement liées à un processus salpingitique et qui furent traitées par la glace et la vaccinothérapie. Depuis lors, les règles demeurèrent irrégulières et douloureuses.

Le 26 décembre 1925, après un retard de règles de 7 à 8 jours, la jeune femme ressentit des douleurs dans la fosse iliaque gauche, douleurs d'abord sourdes, accompagnées d'irradiations basses dans toute la région hypogastrique et

même la fosse iliaque droite. Ces douleurs persistèrent durant 6 jours sans modifications et incitèrent la malade à consulter.

A ce moment, l'état général est satisfaisant. Pouls normal, pas de fièvre. Abdomen souple, douloureux au palper dans le flanc gauche.

Au toucher : utérus sensiblement normal dans sa forme, son volume, sa direction. Le cul-de-sac latéral gauche du vagin est douloureux et est occupé par une masse mobile, rénitente, de la grosseur d'un œuf de poule. Rien à droite. En raison des antécédents génitaux, on pense à une nouvelle crise de salpingite et on conseille, avec le repos, l'application de glace sur le ventre et des injections sous-cutanées de Sédol, qui amenèrent rapidement la disparition des symptômes douloureux.

Mais, brusquement, dans la nuit du 2 au 3 janvier 1926, vers 22 heures, la malade fut prise d'une douleur aiguë, en « coup de poignard », lui arrachant des cris. Cette douleur persiste toute la nuit et le lendemain matin, vers 8 heures, elle irradiait jusque dans la fosse iliaque droite, et dans la région de l'épaule et de la clavicule droites.

A ce moment, on constate que la tumeur annexielle gauche avait très sensiblement augmenté de volume. Le ventre était douloureux à la palpation dans son ensemble, mais plus particulièrement dans la moitié gauche. La douleur scapulaire droite persistait toujours. En même temps était apparu, par le vagin, un écoulement sanguin peu abondant, de couleur noirâtre, mais sans caillots. L'état général était bien conservé, bien que le pouls battit au-dessus de 100. Il n'y avait pas de température.

Cet ensemble de symptômes amène à penser à la probabilité d'une grossesse tubaire gauche, avec accident de rupture ou d'avortement tubo-abdominal ; on conseille l'hospitalisation qui fut réalisée le 15 janvier seulement.

A l'entrée, l'état général est excellent, malgré un très léger degré d'anémie. A la palpation, l'abdomen est douloureux dans la région annexielle gauche, on y perçoit une masse assez dure. Le reste de l'abdomen est souple et indolore.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus de grosseur normale, basculé vers la droite, flanqué dans le cul-de-sac d'une masse arrondie, assez dure, du volume d'une manda-

rine. Depuis 12 jours, l'écoulement sanguin vaginal, noirâtre et poisseux, persiste irrégulièrement. La malade est mise au repos. Glace sur l'abdomen. M. le Professeur LAFFONT confirme le diagnostic de rupture de grossesse tubaire et décide d'intervenir.

Opération le 20 janvier 1926, sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve à gauche de l'utérus un hématome sous-péritonéal du volume d'une grosse mandarine.

On pédiculise la trompe et l'hématome. Ligature en masse au catgut. Une partie de l'ovaire gauche est retenue par la ligature.

Fermeture en trois plans après avoir enlevé des caillots dans le Douglas.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XII

(*Clinique Obstétricale, n° 378, S. III*)

Grossesse extra-utérine rompue

Mme R., Louise, 29 ans, entre le 22 mars 1926 à la Clinique Obstétricale.

Antécédents pathologiques : scarlatine à 10 ans, grippe à 21 ans ; à 23 ans, laparotomie dont la malade ne peut indiquer la raison.

Antécédents physiologiques : réglée très régulièrement depuis l'âge de 15 ans. Mariée à 20 ans ; à 22 ans, grossesse, enfant encore vivant ; à 27 ans, avortement provoqué.

Le 10 février, les règles sont normales ; le 6 mars, les règles sont aussi abondantes que précédemment, mais très douloureuses. Le 3 avril, le flux menstruel, très diminué, s'accompagne de vives douleurs.

Le 26 avril, crise douloureuse rappelant celle des époques.

Le 4 mai, surviennent à nouveau les règles, mais comme au mois d'avril, très diminuées et très douloureuses. Depuis le 14 mai, la malade a des pertes sanguines mêlées de caillots, hémorragies qui s'accompagnent de violentes douleurs, particulièrement dans la fosse iliaque gauche. Le 22 mai, elle entre à l'hôpital.

Au toucher, l'utérus est de volume normal, mais dévié à droite et en avant.

A l'entrée, existent encore des pertes assez abondantes de sang, mêlé de glaires. La contracture de l'abdomen rend le toucher difficile. Glace sur le ventre, vaccinothérapie.

La nuit suivante, la malade a deux légers frissons.

Le 26 mai, toucher : col légèrement ramolli, non perméable, en position très postérieure ; le corps ne peut être senti en raison de la défense de la paroi.

Les culs-de-sac sont libres et non douloureux. Les jours qui suivent, les hémorragies persistent, assez abondantes ; on y décèle la présence de petits débris membraneux.

Le 31 mai, au toucher, le corps est de volume normal en rétroversion. A gauche, on perçoit une tumeur de consistance plutôt solide que les contractions de la paroi empêchent de préciser : on a parfois cependant l'impression de rénitence. Le volume est celui d'un gros poing. Le palper et le toucher combinés, tout en réveillant les douleurs, permettent de mobiliser la tumeur.

Numération (1-6) : Globules rouges : 2.100.000.

— blancs : 5.000.

Polynucléaires neutrophiles	74 %
— éosinophiles	1 %
Monocytes moyens	21 %
Métamyélocytes	4 %

Le 4 juin, puis le 7, on a l'impression que la tumeur augmente progressivement de volume, en refoulant l'utérus vers la droite, en même temps qu'elle devient douloureuse à la pression.

Intervention le 11 juin : sous-anesthésie générale à l'éther. Incision médiane. On découvre des caillots noirâtres accolés à l'épiploon, qui masquent le petit bassin. Après dissociation de ces caillots, on découvre une tumeur du volume d'une mandarine, constituée par la trompe gauche, gravide, que l'on excise et suture. On fait une toilette partielle du péritoine, les caillots, adhérents pour la plupart, ne se détachant pas.

La trompe droite passe derrière le corps utérin et est obstruée à son extrémité péritonéale ; on la décolle de ses adhérences ; méchage en accordéon, suture en trois plans.

La malade sort le 4 juillet.

OBSERVATION XIV

(Clinique Obstétricale, n° 965, S. III)

Grossesse extra-utérine rompue. Douleur élevée.

Inondation péritonéale.

Le 31 octobre 1926 entre, salle Dubois, Mme C... Emilie, âgée de 32 ans, se disant enceinte de 8 mois et 1/2.

Depuis le mois d'août, règles irrégulières, presque inexistantes, consistant en taches sanguines brun noir.

Depuis 10 jours, douleurs avec paroxysmes dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de pertes de sang noir obligeant la malade à s'aliter.

Le 30 octobre, dans la nuit, survient brusquement une douleur intense en coup de poignard dans la fosse iliaque droite qui s'accompagne de vertiges et de pertes de sang abondantes. Il existe en même temps un signe de LAFONT : point de côté à droite sur la ligne axillaire moyenne, à hauteur du mamelon.

A son entrée, la malade paraît souffrir beaucoup ; elle est anémiée, les muqueuses sont décolorées, le faciès est pâle et anxieux, pouls à 140, température 37°.

Les douleurs occupent tout l'abdomen ; celui-ci est souple. La percussion révèle de la matité dans les flancs.

Toucher : le col utérin est mou, le cul-de-sac latéral gauche est libre et souple. Le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur bombent très fortement et sont très douloureux. A droite, on perçoit une masse de la grosseur d'un œuf.

Intervention : sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie sous-ombilicale. L'abdomen est rempli de caillots et de sang que l'on enlève facilement. L'utérus est normal, le ligament large droit est rempli de sang ; la trompe droite, très augmentée de volume, laisse voir l'orifice de la perforation. On trouve dans l'abdomen un fœtus de 9 cm de long environ.

Excision de la trompe droite. Toilette soigneuse du péritoine, drainage par mèche dans le ligament large à droite. Fermeture de la paroi en trois plans. Sort le 10 janvier.

OBSERVATION XV

(Clinique Obstétricale, n° 1237, S. III)

Rupture de grossesse tubaire

Mme F... Henriette, 30 ans, entre à l'hôpital le 3 février 1927 pour crises douloureuses abdominales et hémorragies.

Les antécédents pathologiques ne méritent pas d'être retenus.

Antécédents physiologiques : règles depuis l'âge de 13 ans, irrégulières et peu abondantes. Mariée à 20 ans.

A 23 ans, première grossesse ; avortement spontané au 2^e mois. A 26 ans, deuxième grossesse ; avortement provoqué au 3^e mois. A 29 ans, troisième grossesse ; avortement provoqué au 1^{er} mois.

Quatrième grossesse en cours : dernières règles du 17 au 22 novembre 1926.

Depuis fin novembre, une grossesse évolue normalement, les règles sont totalement suspendues.

Le 7 janvier, douleurs abdominales intenses, diffuses, sans localisation, qui persistent malgré le repos. Dans l'après-midi, au cours d'un examen médical, crise paroxysmique avec sensation de barre épigastrique, gêne respiratoire. Dans la soirée, nouvelle crise douloureuse très vive avec, en outre, localisation thoracique précordiale, sensation de froid, sudation, tendance syncopale.

Grâce à un repos absolu, les douleurs vont en s'atténuant; elles ont disparu le 14, au point que la malade commence ce jour-là à se lever.

Le 17 janvier, après une journée où elle a vaqué à ses occupations comme avant sa maladie, vers 20 heures, douleur très vive de l'abdomen à type de colique, vomissements alimentaires, selles fétides ; la crise dure trois heures.

Par le repos et la glace sur le ventre, amélioration notable. Pourtant, le 19, survient une nouvelle crise.

Le 24, la malade constate sur son linge une tache rosée, plus fréquente et plus foncée dans les jours suivants, jusqu'à devenir d'un beau rouge vermeil. Jusqu'à l'entrée, ces pertes sanguines persistent, atténuées cependant après le rejet de deux fragments de caduque, les 30 et 31 janvier. Les douleurs ont à peu près disparu.

A l'entrée, le 3 février, au toucher : en arrière de l'utérus, on sent une masse du volume du poing : la partie inférieure arrive au Douglas, légèrement induré, refoulant en avant l'utérus.

Intervention le 5 février : laparotomie médiane, un peu d'épiploon adhère légèrement au péritoine pariétal de la région sus-pubienne. Sous un placard fibrineux se trouvent quelques caillots qui sont plus particulièrement situés en arrière et au-dessous de l'utérus.

En décollant les caillots qui sont en voie d'organisation, on arrive au Douglas, d'où l'on retire une masse du volume d'une mandarine, composée de caillots et d'éléments ovulaires. La trompe droite est déchirée, extirpation des annexes droites, hémostase facile.

On pratique l'examen de la trompe gauche, elle est facilement rendue perméable avec l'extrémité d'une pince de Kocher fermée, elle est saine bien qu'un peu sinueuse ; l'ovaire gauche est dur et petit.

Examen histologique : 1° Présence au niveau de la trompe de villosités choriales parfaitement reconnaissables ; 2° tout le reste est nécrosé et ne permet pas de diagnostic.

Sort le 20 février.

OBSERVATION XVI

(*Clinique Obstétricale, n° 1447, S. III*)

Rupture de grossesse extra-utérine

Mme A... Dabiah, 22 ans, entre le 19 avril 1927, salle Tarnier, pour métrorragies.

Antécédents physiologiques : réglée à 14 ans ; règles irrégulières, non douloureuses, avant le mariage ; depuis, s'accompagne de douleurs lombaires et abdominales.

Un accouchement normal.

Présente des pertes blanches.

H. M. Depuis 40 jours environ, la malade n'a plus vu ses règles ; de plus, la dernière fois qu'elle les eut, elle constata qu'elles étaient noires et non plus rouge vermeil.

Il y a environ une semaine, la malade constate un écoulement sanguin qu'elle croit être ses règles. Comme elle

souffre, elle fait appeler une sage-femme qui ordonne, sans résultat, des injections chaudes.

Examen : Malade jeune et bien constituée ; les seins ont une auréole noire.

Au toucher : col fermé, dur, regardant en arrière. Corps en antéverson accusée, mobile, gros, douloureux, dévié à droite. A gauche, tumeur arrondie et douloureuse.

Le 21 avril, vers 2 heures, la malade ressent une douleur abdominale intense avec irradiation haute.

A 13 h. 30, une infirmière, frappée du mauvais état général de la malade qui, pourtant, ne se plaint pas, fait appeler l'interne du service. Etat d'anémie aigu, muqueuses décolorées, faciès grippé, couvert de sueurs ; l'abdomen est douloureux, surtout dans le bas-ventre, au niveau duquel on constate un léger degré de défense musculaire.

On pose le diagnostic de rupture de grossesse ectopique, et on intervient immédiatement.

Après ouverture de l'abdomen, on constate la présence de caillots au milieu des anses intestinales. Après les avoir enlevés, on extériorise la trompe gauche qui baigne dans du sang liquide, on la sectionne entre deux ligatures. Toilette abdominale, mikulicz dans le Douglas, sérum artificiel sous-cutané et rectal.

Sort le 26 juin 1927.

OCSERVATION XVII

(Clinique Obstétricale, n° 1521, S. III)

Rupture de grossesse tubaire

Le 16 mai 1927, entre à l'hôpital, pour douleurs abdominales, Mme M... Gabrielle, âgée de 28 ans.

Antécédents physiologiques : mariée à 21 ans ; un avortement spontané de 2 mois 1/2 ; une grossesse à terme.

H. M. Les dernières règles datent du 26 avril, mais par rapport aux précédentes, elles furent écourtées (un jour au lieu de trois), constituées de sang plus noir, plus gluant.

Le 15 mai, en pleine santé, la malade ressent une douleur continue dans la fosse iliaque droite, d'intensité moyenne, irradiant vers la cuisse du même côté. En même

temps existe un écoulement métritique, de couleur noire et d'aspect grumeleux. Il n'existe pas de vomissements.

La douleur va en s'exagérant dans la nuit ; le 16 au matin, alors que la malade s'était levée, elle ressent un grand malaise, se sent faible et se couche. A ce moment, elle vomit ; la douleur, très vive, siège à l'hypogastre et dans l'hypocondre droit.

Examen : malade en état d'anémie aiguë ; muqueuses décolorées, lipothymie, tachypnée (44 respirations/minute), pouls à 120. Abdomen douloureux dans son ensemble, principalement dans l'hypocondre droit. La douleur irradie à tout le thorax ; les seins et les épaules sont également douloureux. Il existe un certain degré de contracture au niveau de la fosse iliaque droite.

Toucher : corps non augmenté de volume, dont la consistance semble normal ; col dur et fermé ; les culs-de-sac sont souples, mais légèrement douloureux ; il n'y a plus d'écoulement sanguin.

Laboratoire (2 juin) :

Globules blancs : 8.060.

Polynucléaires neutrophiles	71 %
Monocytes grands	1 %
— moyens	14 %
— petits	10 %
Formes de transition	1 %
Métamyélocytes	3 %

Intervention : le 16 mai, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane. On arrive sur une grossesse isthmique portant à la partie postérieure un orifice de perforation ayant les dimensions d'une lentille par lequel sortent quelques villosités. On résèque la trompe en ayant soin de tailler en coin le myomètre au niveau de la corne utérine.

Suture de l'utérus au catgut ; l'ovaire reste suturé au niveau de la partie externe par deux points. Toilette péritonéale, on draine par une grande compresse abdominale mise dans le Douglas. Fermeture en trois plans. Sort le 26 juin.

OBSERVATION XVIII

(Clinique Obstétricale, n° 1659, S. III)

Rupture de grossesse extra-utérine

Mme H... Anna, 38 ans, entre à l'hôpital le 11 juin 1927 pour douleurs abdominales et pertes sanglantes.

Antécédents pathologiques : règles régulières, non douloureuses ; quatre grossesses ; deux enfants encore en vie.

H. M. Dernières règles le 2 mars ; en avril, pas de règles. Le 10, pertes noirâtres, inodores, peu abondantes, s'accompagnant de quelques douleurs lombaires.

Le 28 mai, douleurs abdominales lombaires, accompagnées des mêmes pertes que le mois précédent, avec caillots et débris membraneux (caduque ?). Ces phénomènes durent une huitaine de jours.

Le 30 mai, douleur brutale dans le bas-ventre, les jambes fléchissent, grand frisson, crise de sudation, gêne respiratoire, douleurs dans le bas ventre; enfin, quelques pertes noirâtres comme précédemment.

Le 13 juin, formule leucocytaire :

Globules blancs	8.480
Polynucléaires neutrophiles	78 %
— éosinophiles	4 %
Moyens monocytes	16 %
Lymphocytes	2 %

Le 14 juin, intervention : à l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit une masse volumineuse recouverte comme d'un rideau par l'épiploon.

Après libération de ces adhérences, on peut constater que cette masse est constituée par :

— la trompe gauche formant un noyau de la grosseur d'une orange, gorgée de sang, située en haut et à gauche de la masse totale ;

— l'utérus en ante flexion, dévié à droite, de volume normal ;

— un épanchement gros comme les deux poings, occupant tout le Douglas et empiétant plus particulièrement à gauche.

L'exploration des annexes droites montre des lésions anciennes.

On décide alors de pratiquer l'hystérectomie subtotale, suivant le procédé américain, de droite à gauche. Après fermeture du col, on vide tout le Douglas des caillots qui l'encombrent ; on place dans cette large cavité un mikulicz et on ferme la paroi

La malade sort le 21 juillet 1927.

OBSERVATION XIX

(Clinique Obstétricale, n° 1896, S. III)

Mme C... Camille, 40 ans, entre à l'hôpital le 3 septembre 1927 pour douleurs abdominales.

Antécédents : Réglée à 16 ans, règles régulières et très abondantes ; mariée à 22 ans, a eu deux grossesses normales.

H. M. Les dernières règles durèrent du 17 au 21 juillet. Au mois d'août, comme elles n'apparaissaient pas et comme la malade n'avait jamais eu de troubles dysménorrhéiques, elle se suppose enceinte.

Le 18 août, à 4 heures du matin, sans prodromes, la malade est réveillée par une douleur très violente dans la fosse iliaque gauche, accompagnée d'une sensation de froid intense et de sueurs froides. Cette crise se calme par l'application de compresses chaudes. Trois crises surviennent encore, séparées par des intervalles de 3 à 4 jours, et calmées de la même façon ; jamais la malade n'a constaté de pertes sanguines ou de rejet de membranes.

Le 1^{er} septembre, crise plus longue que les précédentes.

Le 2, à 8 heures du matin, nouvelle crise généralisée à tout l'abdomen, avec irradiation jusqu'à l'épaule droite, et tendance syncopale. Tout mouvement, toute inspiration, un peu profonds réveillent des douleurs intenses. Les compresses chaudes sont inefficaces ; la crise dure dix heures ; aussi, dans la soirée, la malade décide de se faire transporter à l'hôpital. Elle y est opérée dès son arrivée dans la nuit.

Intervention : la laparotomie médiane montre qu'il existe une grossesse tubaire gauche, du volume d'un œuf de poule, qui est rompue. Il y a une assez grande quantité de caillots sanguins dans le péritoine et particulièrement en arrière de l'utérus. Ablation de la trompe ; suture du moignon au catgut. Toilette abdominale, suture de la paroi en trois plans.

La malade sort le 27 septembre.

OBSERVATION XX

(Clinique Obstétricale, n° 2021, S. III)

Rupture de grossesse tubaire. Mort.

Mme Ch..., 30 ans, entre le 4 octobre 1927 avec le diagnostic de syndrome péritonéal.

Multipare, toujours bien réglée, elle présentait depuis quel-

ques jours des métrorragies. Quelques heures avant son hospitalisation, elle éprouve une douleur subite et violente dans la fosse iliaque gauche, avec état syncopal.

A son arrivée, la malade est pâle et décolorée, l'état général est très mauvais. L'histoire de la maladie impose le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine suivie d'inondation péritonéale. On décide d'intervenir.

On pratique d'abord une transfusion de 400 gr. de sang. A la laparotomie, l'abdomen est rempli de sang et de caillots. La trompe gauche présente une tumeur du volume d'une grosse noix, ouverte à sa partie postéro-inférieure, d'où s'écoule un mince filet de sang. Excision de la trompe et suture au catgut. Suture de la paroi et du péritoine en un seul temps au fil de bronze.

Malgré la transfusion et la rapidité de l'intervention, la malade meurt quelques instants après.

OBSERVATION XXI

(Clinique Obstétricale, n° 2295, S. III)

Rupture de grossesse tubaire

Mme B... Françoise, 36 ans, entre le 3 janvier 1928 pour métrorragies et douleurs abdominales.

Antécédents : réglée à 14 ans, ses règles sont irrégulières et douloureuses. Mariée à 22 ans, a eu trois avortements spontanés et a accouché à huit mois d'une fillette actuellement âgée de 8 ans. A des pertes jaunes tachant le linge.

H. M. Dernières règles le 23 septembre ; le mois suivant, quelques pertes rosées insignifiantes. Fin novembre, la malade souffre du bas-ventre, principalement de la partie gauche de l'hypogastre ; ces douleurs cèdent spontanément par le repos.

Le 1^{er} décembre, nouvelle crise douloureuse plus forte avec vomissements. Irradiation douloureuse dans la jambe gauche. La crise se calme par le repos, mais la malade souffre dès qu'elle marche.

Le 31 décembre, survient une troisième crise plus intense encore que les précédentes, avec douleurs lancinantes, violentes dans l'hypogastre, vomissements, constipation, ballonnement de l'abdomen,

A l'examen, il s'agit d'une femme au teint terreux ; la palpation, très difficile, car la malade se contracte à chaque tentative d'exploration, donne la sensation qu'il existe dans la fosse iliaque gauche une masse du volume du poing ; le fond de l'utérus ne peut être perçu.

Au toucher, le col est ramolli comme celui d'un utérus gravide. Les culs-de-sac latéraux sont douloureux, mais paraissent libres ; le Douglas est silencieux.

Le 11 janvier, le corps a le volume du poing ; à gauche, on sent une tumeur semi-renitente, séparée de l'utérus par un sillon ; elle est peu sensible.

Le 23 janvier, violentes douleurs du côté gauche de l'abdomen, irradiant sous les côtes.

Le 24 janvier, intervention sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. Il existe de gros caillots noirs, adhérents à l'épiploon et à la masse intestinale. La trompe gauche a le volume d'un poing ; elle achève de se rompre dans la main et donne issue à un fœtus de 3 mois environ. Excision de la trompe libérée de ses adhérences. On enlève également la trompe droite oblitérée ; appendicectomie sans enfouissement. Après toilette péritonéale, on place un mikulicz avec trois mèches. Fermeture de la paroi en deux plans.

Le lendemain de l'opération : vomissements abondants, douleurs dans l'abdomen qui est météorisé ; pouls petit et rapide. Etat général très altéré, tendances syncopales. Cet état s'améliore lentement dans les jours qui suivent grâce à des toni-cardiaques et à des stimulants nervins. Dans la suite, la malade fait une phlébite du membre inférieur gauche.

OBSERVATION XXII

(Clinique Obstétricale, n° 2337, S. III)

*Rupture de grossesse tubaire droite ; inondation
péritonéale ; douleur élevée.*

Mme R... Yvonne, 34 ans, entre le 17 janvier 1928 pour des métrorragies de sang noir depuis le 10 janvier, alors qu'elle présente un retard de règles de 15 jours.

Le 11, sont apparues de violentes douleurs dans le bas-ventre, du côté droit, accompagnées de céphalées, vomis-

sements et tendance syncopale. La douleur irradie jusque dans la région axillaire droite. Après quelques jours d'accalmie, le 18, les mêmes douleurs reprennent, avec les mêmes caractères et les mêmes irradiations.

Notons dans les antécédents de cette malade qu'elle a eu deux enfants, qu'elle a fait de nombreuses fausses-couches provoquées ; enfin, qu'elle a été soignée à 21 ans pour salpingite.

Examen : malade très anémiée, au pouls petit. La palpation de l'abdomen est très douloureuse, surtout à droite ; il existe de l'hyperesthésie cutanée ; pas de défense de la paroi, pas de matité dans les flancs.

Au toucher, le col est ramolli, le corps et les culs-de-sac sont extrêmement douloureux.

Intervention immédiate sous anesthésie générale à l'éther. Il s'agit d'une inondation péritonéale avec de gros caillots remplissant le petit bassin, remontant jusqu'à l'ombilic, et du sang liquide. Grossesse angulaire, rompue, avec issue de l'œuf par l'orifice abdominale de la trompe. Exérèse de la trompe droite, de la trompe et de l'ovaire gauches ; ces annexes sont adhérentes, l'ovaire gauche est kystique. L'ovaire droit est laissé en place. Drainage simple du Douglas avec une grande compresse.

Fermeture de la paroi aux fils métalliques.

OBSERVATION XXIII

(Clinique Obstétricale, n° 2533, S. III)

Grossesse extra-utérine rompue dans le ligament

large gauche. Hystérectomie

Le 9 mars 1928, Mme W... Henriette, 38 ans, entre pour douleurs abdominales violentes.

Le début remonte à 22 jours. La malade, qui présentait quelques troubles de la menstruation, a eu ses dernières règles le 30 janvier. Vers le milieu de février, elle commence à souffrir brusquement de douleurs abdominales diffuses, accompagnées de frissons violents avec état syncopal fréquent. A plusieurs reprises, la malade s'est évanouie. Le maximum de la température au cours de ces crises n'a pas dépassé 37°8. Bien que les douleurs soient diffuses, il y a

cependant prédominance au niveau de l'hypogastre. La malade a été traitée par des injections sous-cutanées de morphine et des injections vaginales au permanganate.

A plusieurs reprises, la possibilité d'une crise d'appendicite a été envisagée par le médecin traitant qui fit mettre la malade à la diète. Ces traitements n'ont amené aucune amélioration.

Le 8 mars, écoulement sanguin abondant qui soulage la malade. Depuis le début de cette affection, constipation opiniâtre et quelques troubles urinaires : mictions difficiles, peu nombreuses et surtout douloureuses ; au début, les urines ont été troubles, puis elles ont eu une coloration très foncée en restant peu abondantes. Le médecin conseille alors l'hospitalisation.

A l'entrée, la malade a pour la première fois 39° ; son pouls est à 100. On est en présence d'une femme au faciès amaigri, les pommettes sont saillantes, peu colorées, les yeux sont cernés de bistre.

L'abdomen respire normalement, il n'est pas ballonné ; à jour frisant, on distingue une petite saillie dans la partie gauche de l'hypogastre. Au palper, cette tumeur est constituée par une masse douloureuse dont l'apparition, aux dires de la malade, remonterait à 4 ou 5 jours. Elle est du volume d'une orange, nettement limitée en haut, plongeant vers le petit bassin ; la pression à son niveau est douloureuse, produit de la contracture de défense. La peau sus-jacente à la tumeur n'est pas colorée ni adhérente. La partie droite de l'hypogastre est un peu sensible à la pression.

Au toucher, le col utérin est en situation normale, il n'est pas sensiblement ramolli, n'est pas perméable. L'utérus est difficile à percevoir, semble reporté vers la droite, refoulé par une grosse masse qui occupe tout l'hypogastre à gauche et qui est très douloureuse.

Le 12 mars 1928, intervention. Après laparotomie, on voit que l'S iliaque est refoulée en avant, au-dessus d'une tumeur molle, du volume d'un petit poing. En voulant libérer l'S iliaque au doigt, on ouvre l'intestin : double surjet au fil de lin sur cette ouverture grosse comme une pièce de 5 fr. La loge ectopique est dans la base du ligament large gauche qui forme avec le méso-iliaque dissocié une seule loge avec un recessus supérieur remontant très haut vers la fosse iliaque. Après avoir enlevé les caillots, on fait l'hystérectomie

de droite à gauche. L'hémostase est difficile dans ces tissus infiltrés ; drainage à la mikulicz ; suture au fil de bronze.

La malade sort le 4 mai.

OBSERVATION XXIV

(Clinique Obstétricale, n° 2584, S. III)

Troisième grossesse extra-utérine

Le 27 mars 1928, entre Mme T., Joséphine, 32 ans, pour métrorragies.

Réglée à 14 ans, régulièrement ; dysménorrhée légère, pas de pertes blanches. Mariée il y a neuf ans, a eu trois grossesses :

Première grossesse : à 25 ans, aménorrhée de dix jours. Au bout de cette période, douleurs abdominales, nausées, vomissements, accompagnés de métrorragies peu abondantes. Entre salle Lisfranc pour intervention, mais elle est traitée médicalement par de la glace sur le ventre, pas d'opération.

Deuxième grossesse : en 1925 ; à 29 ans, aménorrhée d'une dizaine de jours, puis douleurs abdominales, nausées et vomissements et métrorragies plus abondantes que la première fois, avec de gros caillots. Entre salle Tarnier, où l'on pose le diagnostic de grossesse extra-utérine que l'on traite par de la glace sur le ventre et le repos au lit.

Troisième grossesse en cours : dernières règles normales le 5 janvier, s'accompagnant même d'hypoménorrhée. Le 5 février, oligoménorrhée : la malade perd du sang rouge peu abondant pendant une journée. Entre ces deux dates, aucun signe de grossesse. Le 8 février, surviennent des hémorragies qui ont persisté jusqu'à l'hospitalisation. Il co-existe des nausées, des malaises vagues, qui font penser à la malade qu'elle est enceinte.

Des douleurs intenses apparaissent le 12 mars, généralisées à tout l'abdomen, sans localisation précise, sans irradiation ascendante. Ces douleurs ont duré environ une demi-heure, puis tout est rentré dans l'ordre. Au toucher, à cette époque, on aurait noté un empatement du cul-de-sac latéral gauche. Depuis cette date, disparition des paroxysmes douloureux, mais persistance d'une sensation douloureuse peu intense,

Au palper, l'abdomen est souple et respire bien partout.

Au toucher et palper combinés, l'utérus est un peu gros, le fond est à trois doigts au-dessus de la symphyse pubienne. A gauche, on sent une tumeur de la taille d'une mandarine, distendue, plaquée contre l'utérus.

Le 28 mars, intervention sous anesthésie générale à l'éther. Après laparotomie, on arrive sur une tumeur du volume du poing occupant la partie gauche et médiane de la cavité pelvienne, plongeant en arrière dans le Douglas et adhérant en haut au colon ilio-pelvien. Cette tumeur a refoulé l'utérus en avant et à droite en se cravatant du ligament rond du côté gauche.

A droite de l'utérus se trouve une autre tumeur plaquée contre la paroi pelvienne, de la taille d'une mandarine et constituée par les annexes droites.

On tente de faire une hystérectomie subtotalaire de droite à gauche ; mais, après ligature et la section du pédicule utéro-ovarien, on se rend compte que la tumeur droite, trop adhérente à la paroi pelvienne, peut être relevée pour permettre d'aborder l'utérus de ce côté. On décide alors de faire l'hystérectomie par héli-section utérine, au cours de laquelle dans l'exérèse de la tumeur du côté gauche on ne peut éviter la rupture de celle-ci. L'hystérectomie terminée, il reste une surface cruentée trop large pour tenter la péritonisation. On met en place un large mikulicz et on ferme la paroi en trois plans.

La malade sort le 26 mai.

OBSERVATION XXV

(*Clinique Obstétricale*, n° 2697. S. III)

L... bent R... entre le 30 avril 1928 pour métrorragie depuis un mois.

Dernières règles normales le 25 février. Le 24 mars, apparaît un écoulement sanguin qui a persisté jusqu'à ce jour, avec des alternatives d'augmentation et de diminution, ne s'étant pas accompagné d'expulsion de caillots, hémorragies de sang rouge et bien liquide. Cette métrorragie s'est accompagnée de douleur dans le bas-ventre, avec irradiations lombaires du côté droit. Par moment, la malade semble avoir présenté de la fièvre, précédée de frissons assez intenses.

A plusieurs reprises, elle a ressenti une sensation d'asthénie allant jusqu'à la syncope.

Malgré plusieurs avis du médecin consulté, ce n'est que le 30 avril que la malade a été transportée d'urgence à l'hôpital après avoir présenté des douleurs plus fortes que d'habitude et des vomissements.

A l'entrée, la malade se présente avec un état d'anémie aigu et d'asthénie profonde : lèvres et conjonctives sont décolorées ; température 37°5 ; pouls 112.

Examen : au palper, l'abdomen respire normalement. Au niveau de l'hypogastre droit, il existe une légère défense musculaire. On arrive cependant à sentir une masse débordant le pubis de trois travers de doigt, et empiétant sur la fosse iliaque droite. Cette masse est sensible à la pression. Sa forme ne peut pas être nettement définie par le palper. Tout le reste de l'abdomen est souple et non douloureux.

A 11 h. 30, on constate un changement considérable dans l'état général de la malade : faciès grippé, douleurs abdominales, pouls à 100.

A 15 heures, intervention : sous anesthésie générale à l'éther, on pratique une laparotomie sous-ombilicale ; on arrive immédiatement sur une tumeur de la grosseur d'une orange en position ante-utérine, constituée par la trompe droite gravide, en voie d'éclatement à sa partie antérieure. Ablation des annexes droites ; on enlève également les annexes gauches, car il existe un hématosalpinx important. Fermeture de la paroi en un temps au fil de bronze.

La malade sort le 17 mai.

OBSERVATION XXVI

(Clinique Obstétricale, n° 3786, S. III)

*Grossesse extra-utérine droite rompue avec ébauche
de douleur élevée. Kyste de l'ovaire gauche*

Le 28 février, entre Mme C... Marie, 27 ans, pour métrorragies datant d'un mois environ.

Au début de janvier, la malade a eu des règles normales. Au début de février, il apparaît pendant 48 heures un écoulement sanguin qui s'arrête environ 5 jours, puis reprend pour ne plus cesser ; ce sont des pertes peu abondantes,

exagérées par la fatigue. Quand elles ont commencé il y a 25 jours, la malade aurait ressenti une légère douleur dans la fosse iliaque droite qui persiste encore avec de petites irradiations vers l'épaule droite.

Au toucher : le col est mou, petit, fermé. Le cul-de-sac gauche est légèrement douloureux avec un peu d'empatement. Le cul-de-sac latéral droit, très douloureux, est le siège d'un empatement plus marqué, irrégulier, diffus.

Le 4 mars 1929, examens de laboratoire :

Globules rouges	4.320.000
— blancs	4.500

Formule :

Polynucléaires neutrophiles	71 %
— éosinophiles	1 %
Monocytes	1 %
Lymphocytes	27 %

Le 7 mars, intervention. A l'ouverture du ventre, on trouve du sang dans les parties déclives ; à l'examen de la sphère génitale, on voit que la trompe droite, grosse comme un pouce, saigne par un orifice. A gauche, on trouve un kyste de l'ovaire du volume d'un œuf de poule qu'on avait primitivement pris pour l'œuf tubaire.

On enlève la trompe droite par un double nœud en 8 ; le kyste gauche s'énuclee très facilement au doigt, en provoquant une petite hémorragie. On enlève également l'appendice court et sain, mais dont on avait constaté une rétraction du ligament de Clado. Mèche en accordéon en raison de la persistance du suintement sanguin. Fermeture en trois plans.

La malade sort le 2 avril.

OBSERVATION XXVII

(Clinique Obstétricale, n° 4276, S. III)

Rupture de grossesse extra-utérine

Mme M... Marie, 28 ans, entre le 26 juillet 1929 pour métrorragies peu abondantes, irrégulières, survenues à la suite d'un retard de règles de trois mois.

Il y a un mois et demi, la malade a expulsé une caduque. Pendant le mois qui a suivi, apparaissent des crises extrêmement douloureuses, survenant tous les 4 à 5 jours, sié-

geant dans la région hypogastrique et irradiant dans les lombes et la racine de la cuisse gauche.

Le 27 juillet, laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, on constate qu'il existe du sang dans le péritoine. On trouve une masse latéro-utérine gauche, constituée par un hématosalpinx du volume d'une anse grêle de 10 cm de long, adhérente à l'anse sigmoïde et perforée en avant. De l'orifice de perforation s'écoule du sang noir. La masse latéro-utérine comprend aussi l'ovaire kystique du volume d'une petite mandarine. Libération des adhérences, ablation des annexes gauches. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

OBSERVATION XXVIII

(Clinique Obstétricale, n° 293, S. IV)

Rupture de grossesse ectopique et signe de LAFFONT

Mme H.: Aimée, 26 ans, entre à l'hôpital le 9 mars 1930 pour douleurs abdominales depuis le 2 mars, s'étant accompagnées dans la journée du 4 de perte de connaissance.

Au toucher : le col est abaissé, douloureux, à la mobilisation ; l'utérus est en avant, de dimensions au-dessus de la moyenne. Le cul-de-sac de Douglas est très douloureux, étalé vers la gauche. Il existe une douleur haute, épigastrique et un endolorissement de l'épaule droite.

Laparotomie sous anesthésie rachidienne ; incision allant du pubis à deux centimètres environ au-dessus de l'ombilic. Le ventre est encombré de caillots et de sang liquide dont on peut évaluer la masse à 800 gr. environ. La trompe gauche est déchirée dans son segment ampullaire ; l'ovaire du même côté présente des suffusions hémorragiques. Les annexes du côté opposé sont absolument saines ; on pratique du côté gauche une salpingo-ovariectomie. Après avoir débarrassé l'abdomen des caillots, on ferme la paroi en trois plans.

OBSERVATION XXIX

(Clinique Obstétricale, n° 474, S. IV)

Grossesse extra-utérine rompue

Mme L... Marie-Thérèse, 34 ans, entre le 30 avril 1930.

Les règles, irrégulières habituellement, ont manqué au mois d'avril. Le 20 avril, la femme est brusquement prise

de violentes douleurs dans le ventre. Le 25, nouvelle crise douloureuse.

Le 30, elle est amenée à l'hôpital dans un état grave : elle présente un état de choc très marqué, le pouls est incomptable, le faciès décoloré, les extrémités refroidies.

A l'examen de l'abdomen, on note une contracture de la paroi, surtout marquée au niveau de la fosse iliaque gauche. La palpation est très douloureuse. On n'arrive pas à entendre le battement de l'humérale au Vaquez-Laubry.

On pose le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine. L'intervention, décidée d'urgence, est précédée de l'injection intra-veineuse d'un litre de sérum de Normet et de l'injection de toni-cardiaques : huile camphrée et caféine.

Sous anesthésie générale à l'éther, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on constate la coloration bleu noir de cette séreuse. Du sang liquide et des caillots font issue. On étanche rapidement la cavité péritonéale et on la vide d'une assez grande quantité de caillots. On découvre alors la trompe gauche qui est rompue dans sa partie ampullaire. On place une pince et en enlève entièrement l'ovaire et la trompe gauche. Ligature. On enlève également un kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large ; des éléments ovariens sont conservés de ce côté. Petite hémorragie en nappe du ligament large dissocié. Comme il est difficile de repérer les vaisseaux qui saignent, on met deux pinces clans qui enserrrent le ligament large. On place un mikulicz et on ferme en un plan au fil de bronze.

OBSERVATION XXX

(Clinique Obstétricale, n° 539, S. IV)

Rupture de grossesse extra-utérine opérée à la 15^e heure.

Signe de LAFFONT

M^{me} P... Armande, 33 ans, entre le 18 mai 1930 parce qu'étant enceinte de trois mois environ, elle a été prise 13 heures auparavant de violentes douleurs avec état syncope.

C'est actuellement sa quatrième grossesse. Les dernières règles ont duré du 27 février au 4 mars. Les premiers temps

de sa grossesse furent normaux. Le 25 avril, à la suite d'une émotion, la malade eut une hémorragie assez abondante sans caillots. Deux jours après, elle expulse une membrane et les hémorragies continuent. Le 17 mai, à 23 heures, la malade est prise brusquement d'une très vive douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements et syncope ; depuis, la douleur s'est atténuée, mais s'est étendue à tout l'abdomen. Arrêt complet des matières et des gaz. Le 18 au matin, la malade ressent une douleur assez vive et continue au niveau de l'épaule gauche ; à 13 heures, elle entre à l'hôpital.

Examen : les lèvres sont décolorées, mais l'état général paraît relativement bon. Pouls bien frappé à 104, température à 37°5.

Au niveau de l'abdomen, le palper est douloureux, la paroi est contracturée, on note de la matité dans les flancs.

Au toucher, on perçoit un col long, mais légèrement ramolli ; le corps est en rétroversion, le fond n'est pas perceptible. Le cul-de-sac de Douglas bombe, il est extrêmement douloureux au toucher.

La tension est de 9-5 au Vaquez.

On décide d'intervenir immédiatement.

A 14 heures, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen est plein de sang liquide et de caillots. Parmi les anses intestinales, on retrouve le fœtus encore vivant, de deux mois et demi environ.

La trompe droite apparaît rompue dans sa partie médiane au niveau du pied du ligament large. On enlève la trompe en respectant l'ovaire. On enlève également deux fibromes sous-péritonéaux de la grosseur d'une noix, situés à la partie postéro-supérieure de la corne droite. L'inspection de la trompe gauche révèle un hydro-salpinx de petit volume, auquel on ne touche pas.

Hémostase ; péritonisation ; mikulicz ; fermeture au fil de bronze.

A la suite de l'opération, la malade paraît très choquée, le pouls est imperceptible. On injecte immédiatement 500 ccs de sérum de Normet dans les veines, 500 ccs de sérum artificiel, 20 ccs d'huile éthéro-camphrée. L'état général de la malade restant grave, on fait une transfusion de 200 ccs de sang citraté à la suite de laquelle l'état général remonte ; le pouls est à 136.

OBSERVATION XXXI

(Clinique Obstétricale, n° 806, S. IV)

Grossesse extra-utérine rompue

Mme L... Augustine, 27 ans, entre salle Tarnier, le 22 juillet 1930, pour douleurs et hémorragies.

Le 25 juin, les règles surviennent avec un retard d'une dizaine de jours et durent plus longtemps qu'à l'ordinaire, s'arrêtent, puis reprennent le 9 juillet ; sang noir, sans caillots. L'hémorragie se poursuit sans arrêt jusqu'au 22 juillet avec douleurs abdominales intermittentes et rythmées.

A l'entrée, la malade ne souffre plus de son ventre, mais se plaint d'une vive douleur au niveau des insertions diaphragmatiques.

Au toucher, col long, légèrement entr'ouvert au niveau de l'orifice externe. Le cul-de-sac droit est comblé et douloureux.

Le toucher ramène des débris non fétides.

Le 23 juillet, laparotomie : anesthésie générale à l'éther. Incision médiane du pubis à l'ombilic ; le péritoine contient du sang et des caillots. La trompe gauche, rompue, est réséquée, ainsi que l'ovaire. L'hémostase est assurée par quelques point de catgut. Toilette du péritoine aussi soigneuse que possible. Nettoyage à l'éther ; suture en quatre plans sans drainage.

OBSERVATION XXXII

(Clinique Obstétricale, n° 1852, S. IV)

Grossesse extra-utérine rompue, inondation péritonéale, douleur mammaire droite

Mme P..., âgée de 25 ans, a eu un accouchement à terme il y a 5 ans. Dans ses antécédents personnels, nous retenons qu'il y a un an, en février 1930, elle a eu des pertes sanglantes mêlées de caillots et, deux jours après, elle aurait expulsé un fœtus de cinq cm. environ. Le lendemain matin, apparaît une douleur vive à type de colique, siégeant dans la fosse iliaque droite, accompagnée, au niveau de l'épaule gauche, d'une douleur violente qui aurait duré quel-

ques heures. Dans la soirée, des débris ovulaires ont été expulsés, ainsi que quelques caillots.

A la suite de cet épisode douloureux et sans que l'on n'ait jamais constaté d'élévation thermique, la malade garde le lit pendant 15 jours, avec une poche de glace sur l'abdomen. La malade entre salle Tarnier le 28 février 1931 pour douleurs abdominales coïncidant avec un retard de règles de deux mois.

Elle a quelques pertes sanguines, le toucher et le palper combinés révèlent la présence d'une tumeur dépassant la symphyse de deux travers de doigt, dure, mobilisable, que l'on croit être l'utérus ante-versé et ante-fléchi, déprimant le cul-de-sac antérieur. Pendant son séjour dans le service, elle a eu trois crises douloureuses de la fosse iliaque droite qui ont semblé pendant un certain temps légitimer le diagnostic d'appendicite, primitivement porté en ville. Quelques jours après, même crise douloureuse du côté gauche faisant penser à une sigmoïdite. Ces diagnostics successifs ont été éliminés par des examens radiographiques. Le 11 mars, une caduque entière est expulsée ; le 13 mars, apparition de douleurs pelviennes gauches avec irradiations dans les hypocondres droit et gauche.

Le 3 avril, à trois heures du matin, la douleur pelvienne s'exacerbe et s'accompagne d'un état syncopal vite dissipé.

A midi, nouvel état syncopal beaucoup plus marqué. Au moment où la malade est transportée de son lit sur la table d'opération, une douleur très vive apparaît subitement au niveau du sein droit.

A l'intervention, pratiquée sous anesthésie générale, on constate que le ventre est plein de sang et que la trompe droite gravide, de la taille d'une grosse orange, est rompue dans sa portion ampullaire. Salpigectomie.

Dans la soirée, la douleur mammaire ne persiste plus que sous la forme d'un très léger endolorissement.

OBSERVATION XXXIII

(Clinique Obstétricale, n° 2114, S. IV)

*Avortement tubaire avec inondation péritonéale
s'accompagnant de douleur scapulaire avec parésie brachiale*

Mme D..., 33 ans, a eu trois enfants à terme. Le dernier accouchement remonte à huit ans. Elle suit depuis 4 mois un traitement diathermique pour salpingite chronique. Les

dernières règles sont survenues le 26 février 1931. Le 13 avril, elle a présenté, vers 10 heures du matin, de petites coliques siégeant dans tout le bas-ventre. Vers 12 heures, les douleurs pelviennes irradient jusque sous le sein droit, en même temps qu'apparaît un état syncopal alarmant, allant jusqu'à la perte de connaissance. Une demi-heure après, survient une douleur scapulaire droite accompagnée d'une paralysie complète du bras droit.

Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté et l'intervention aussitôt décidée.

A 13 heures 30, cette malade entre salle Dubois ; elle est très pâle, ses extrémités sont froides ; le poulx, petit, bat à 96 pulsations par minute. Les douleurs pelviennes persistent seules, les douleurs hautes ont entièrement disparu. Au niveau de leur siège primitif, on ne constate pas de modifications objectives de la sensibilité : le ventre n'est pas contracturé, les culs-de-sac vaginaux, le postérieur surtout, sont tendus et douloureux.

Opération à 14 heures sous anesthésie générale. Le ventre est plein de sang ; les annexes semblent normales à un premier examen, mais, en observant de plus près la trompe droite, on constate que sa portion ampullaire est flasque et que l'ostium abdominale est obturé par un petit caillot de la grosseur d'un pois. On ne trouve nulle part de déchirure ni de rupture, nulle part il n'y a de trace de membranes d'hématocèle. Extirpation des annexes droites. L'ovaire droit présente une tumeur du volume d'une noisette qui est un corps jaune kystique. Le sang et les caillots retirés du ventre sont minutieusement examinés ; on arrive à y déceler seulement la présence d'un petit chevelu choréal, très net, ne pouvant appartenir qu'à un œuf très jeune.

OBSERVATION XXXIV

(Clinique Obstétricale, n° 2408, S. IV)

Grossesse ectopique rompue

Mme L... Anna, 26 ans, entre le 21 juillet 1931 pour phénomènes anémiques graves.

Les dernières règles remontent au 29 mai et durèrent six jours. La malade présente des phénomènes abdominaux douloureux accompagnés de légères pertes sanguines. Le

20 juillet, à 19 heures, crise douloureuse abdominale violente avec syncope. Les douleurs persistent de 19 à 24 heures, entrecoupées de syncopes. A minuit, ces douleurs s'atténuent et la malade s'endort.

L'état anémique est profond, les muqueuses sont décolorées, le pouls petit à 140, l'état général bas.

L'abdomen est distendu dans la région sous-ombilicale ; il existe de la matité mobile dans les flancs, très nette. La palpation est douloureuse à droite.

Au toucher : col utérin à peu près normal, très douloureux quand on recherche s'il est perméable. On ne peut pas sentir le fond de l'utérus. Le Douglas ne bombe pas.

Intervention : anesthésie générale à l'éther ; incision médiane sous-ombilicale ; des caillots s'échappent dès l'ouverture du péritoine ; on les évacue, ainsi que du sang liquide. On ramène une trompe droite, grosse comme un œuf de pigeon, avec un orifice de rupture à son extrémité distale ; on la sectionne après ligature. Toilette péritonéale. Fermeture en trois plans sans drainage.

OBSERVATION XXXV

(in thèse Ezes, n° XVI, page 59)

*Rupture de la trompe droite ; hémorragie limitée à l'étagé
sous-ombilical ; douleur dans l'épaule droite*

Mme C..., âgée de 25 ans, nullipare, a eu ses dernières règles, d'abondance normale, le 3 mars 1931. Le 17 avril, elle ressent dans la fosse iliaque droite quelques douleurs assez vives, irradiant vers les lombes et la racine de la cuisse droite. Le lendemain, 18 avril, le toucher vaginal montre le cul-de-sac droit encombré et douloureux. Le 20 avril, alors que, sous l'influence d'un traitement iaudanisé, la douleur pelvienne avait disparu, apparaît une douleur dans les régions sus-claviculaire et deltoïdienne droites, accompagnée de parésie brachiale. Cette douleur, d'intensité marquée, bien localisée, persiste pendant quatre heures environ et la malade pense à une douleur rhumatismale de l'épaule. Le médecin traitant, rapprochant cette douleur élevée des signes fournis par le toucher deux jours auparavant, pose le diagnostic de grossesse extra-utérine droite. Le lendemain, 21 avril, apparaissent dans l'hypocondre droit les douleurs pour lesquelles un spécialiste des affections hépa-

tiques a été consulté. Devant un examen du foie absolument négatif, il avait attribué ces phénomènes douloureux à l'évolution de l'affection pelvienne. L'apparition de pertes de sang noir, deux jours après la constatation par le palper combiné au toucher d'une masse occupant la moitié droite du petit bassin et remontant jusqu'à l'arcade crurale, semble affermir davantage encore le diagnostic de grossesse extra-utérine et nécessiter une intervention.

L'opération est pratiquée le 25 avril sous anesthésie générale. On ouvre le Douglas rempli de caillots noirâtres non organisés, très peu de sang liquide dans le grand bassin ; il n'y en a pas du tout dans l'étage sus-ombilical. La trompe droite présente une large déchirure dans la partie ampullaire, elle est enlevée et l'on ferme l'abdomen en trois plans. Suites opératoires normales.

III. - Grossesse extra-utérine rompue avec hématoçèle

OBSERVATION XXXVI (résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé FERRARI)

Mlle C... Constance, 20 ans, réglée à 13 ans, toujours normalement. Premier rapport à 19 ans. A fait une première fausse-couche provoquée, en février 1922, au 2^e mois. Nouvelle grossesse en juin 1922, interrompue au 3^e mois avec l'aide d'une sage-femme : au dire de la malade, il ne sort que du sang. Cinq jours après les manœuvres abortives surviennent des douleurs vives dans le bas-ventre, s'accompagnant de lipothymie. La sage-femme \coupable traite la malade pour salpingite pendant 15 jours/; repos, glace sur le ventre, injections chaudes et ovules. La malade se lève au bout de ce temps et reprend sa place de serveuse dans un restaurant. Mais elle ne tarde pas à recommencer à souffrir, si bien qu'elle vient nous consulter de Marengo, le 25 juillet 1922.

Au toucher, la mobilité utérine est diminuée : le Douglas est occupé par une masse douloureuse aux contours imprécis ; les deux culs-de-sac sont le siège d'un empâtement diffus. L'histoire de la maladie nous fait penser à une rupture de grossesse ectopique après manœuvres abortives ; la

masse perçue dans le Douglas est pour nous une collection sanguine.

L'examen du sang donne :

Globules rouges : 3.800.000

— blancs : 8.000, dont 68 % de polynucléaires.

Il n'y a donc pas de signe de suppuration.

Nous préconisons l'intervention, qui est acceptée.

Laparotomie le 28 juillet sous anesthésie générale à l'éther. A l'ouverture de l'abdomen, l'utérus est en ante-position, appliqué derrière la symphyse pubienne. Les annexes gauches sont libres. En arrière, le Douglas est masqué par l'épiploon, abaissé comme un rideau sur la face postérieure de l'utérus. On le relève assez aisément en rompant quelques adhérences lâches sur la face postérieure de l'utérus. On aperçoit alors les anses grêles plongeant dans le Douglas, et la trompe droite au milieu d'elles, plongeant également : c'est la masse perçue au toucher. Toutes les anses et la trompe sont très adhérentes les unes aux autres. Nous saisissons la trompe au niveau de sa portion isthmique seule accessible, et nous en entreprenons la libération vers la profondeur, travail rendu pénible par les adhérences intimes qui unissent la trompe aux anses grêles, et les anses entre elles. Au cours des manœuvres de libération, on tombe dans un foyer où l'on reconnaît des caillots fibrineux, démontrant à l'évidence qu'il y a eu à ce niveau un épanchement sanguin qui a agglutiné les anses intestinales et la trompe. On arrive, non sans peine, à libérer la trompe informe et sur laquelle il est impossible de découvrir une perforation. Cependant, des caillots fibrineux obstruant l'orifice abdominal, où l'on ne retrouve plus trace de franges, permettent de penser qu'il s'agit d'un avortement tubaire. Quand on explore les anses libérées, on s'aperçoit que le grêle est dépéritonisé sur une étendue de 15 cms, et qu'il n'y a aucun espoir de tenter une péritonisation. Résection de 20 cms de grêle, suture bout à bout. Les suites furent normales ; la malade est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION XXXVII

(Clinique Obstétricale, n° 1513, S. III)

Rupture de grossesse tubaire

Mme M... Madeleine, 31 ans, entre le 25 avril 1927, salle Tarnier, pour douleurs abdominales et métrorragies.

Antécédents physiologiques : réglée à l'âge de 12 ans, ses

règles, irrégulières avant le mariage, sont devenues régulières après un accouchement.

H. M. Dernières règles le 26 janvier ; en février, la malade ne s'inquiète pas de leur absence, car elle ne constate aucun signe de grossesse. Vers le 8 mars, surviennent des douleurs lombaires et abdominales, ressemblant à celles du travail, survenant par crises plusieurs fois dans la journée.

Jusqu'au 27 mars, pas d'hémorragies ; le 27, apparaît un écoulement sanguin ; le 28, la malade expulse des caillots et, probablement, un fragment de caduque. A ce moment, la température était de 37°5 ; la malade n'a pas eu de vomissements.

Examen : Malade bien constituée, au faciès coloré ; la paroi abdominale est souple ; à la palpation profonde, il existe un point douloureux dans la fosse iliaque droite.

Au toucher : le col est ramolli. Le corps mobile dépasse de 3 travers de doigt la symphyse, il est refoulé en avant par une masse irrégulière, de consistance molle, qui occupe le Douglas.

Le 9 mai, l'état général est moins bon : le pouls et la température augmentent sensiblement : l'écoulement sanguin, qui s'était tari, reprend. L'abdomen ne respire pas ; il existe un peu d'hyperesthésie cutanée. A la palpation, douleurs généralisées, plus marquées à droite ; le cul-de-sac de Douglas bombe.

Le 11 mai, le cul-de-sac postérieur est plus saillant et douloureux.

Examens de laboratoire :

Pertes cervicales : à l'examen cytologique, pas de cellules épithéliales, mais polynucléaires peu altérés, assez nombreux. L'examen bactériologique montre une flore abondante où les colibacilles prédominent. Pas de gonocoques.

Numération et formule :	6 mai	10 mai
Globules blancs	6.000	10.500
Polynucléaires neutrophiles	48 %	78 %
— éosinophiles	1 %	2 %
Mononucléaires grands	1 %	3 %
— moyens.....	44 %	12 %
Lymphocytes	4 %	3 %
Métamyélocytes	2 %	2 %

Intervention : le 12 mai. Dès l'ouverture du ventre, on arrive sur une tumeur dont la face antérieure est lisse et très adhérente à l'épiploon. En dégageant ces adhérences, la poche est ouverte et laisse écouler une certaine quantité de sang liquide. On constate qu'il s'agit d'une grossesse intra-ligamentaire gauche, dont la rupture a décollé les deux feuillets du ligament large, formant ainsi un hématome plongeant en bas jusque sur le plancher pelvien, au fond du cul-de-sac de Douglas et s'étendant en haut dans la cavité péritonéale jusqu'à l'ombilic. A son pôle supérieur, la tumeur s'était rompue, mais la rupture fut obstruée par l'épiploon déjà adhérent, qui faisait ainsi partie de la constitution de la paroi antérieure gauche. L'utérus, petit et mou, était refoulé en avant et à droite. Etant donnée la situation intra-ligamentaire de la tumeur, il semble impossible de l'enlever sans sacrifier l'utérus. Aussi, dans le but de conserver la fonction menstruelle, on termine l'opération par une hystérectomie fondique en conservant l'ovaire droit. La poche est ensuite enlevée assez facilement, sauf dans le Douglas, où elle est très adhérente et ne peut être enlevée que par morcellement. Mise en place d'un grand drainage à la mikulicz. Fermeture en trois plans.

Sort le 14 juillet.

OBSERVATION XXXVIII

(Clinique Obstétricale, n° 1665, S. III)

Grossesse extra-utérine rompue dans le ligament large gauche

Mme L... Laura, 28 ans, entre le 17 juin 1927 à l'hôpital pour douleurs abdominales.

A fait trois avortements, dont deux furent suivis de curetage ; a eu trois grossesses à terme.

H. M. Il y a un mois, en pleine santé, la malade ressent de violentes douleurs abdominales, à type de coliques, accompagnées de diarrhée profuse. Cet état dure 15 jours, à la suite duquel persistent des douleurs pelviennes très fortes, qui durent encore. Les dernières règles sont apparues à leur date habituelle, mais le flux menstruel fut plus abondant (5 jours). Quelques jours après, surviennent de petites métrorragies qui ont duré jusqu'à la veille de l'hospitalisation.

Examen : le toucher montre un col dur, un corps utérin très douloureux en ante-flexion, dépassant de deux travers de doigt la symphyse pubienne. Le cul-de-sac latéral gauche est très douloureux ; la trompe présente une consistance fibreuse et il existe un peu d'empâtement. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux ; il est également le siège d'un peu d'empâtement, moins marqué qu'à gauche.

Le 22 juin, au toucher, on constate que l'utérus est rejeté à droite par une grosse masse kystique, très douloureuse.

	20 juin	8 juillet
Globules blancs	14.200	10.700
Polynucléaires neutrophiles	80 %	83 %
— éosinophiles	1 %	1 %
Moyens monocytes	17 %	15 %
Métamyélocytes	2 %	1 %

6 juillet : examen du liquide obtenu par ponction du Douglas : liquide citrin, présence de globules rouges et de leucocytes peu nombreux ; pas de germes à l'examen direct.

Intervention le 8 juillet : Après laparotomie, on arrive sur une tumeur remontant à mi-chemin de la ligne ombilico-pubienne et qui apparaît recouverte par l'épiploon

Après avoir garni la cavité abdominale de compresses, on effondre la paroi supérieure de cette tumeur presque uniquement composée par l'épiploon prêt à se rompre. On retire de la poche environ 500 gr. de caillots. La poche apparaît alors constituée en avant par le feuillet antérieur du ligament large gauche ; en arrière, par le feuillet postérieur du ligament large accolé en ce point à la face antérieure du rectum, remontant jusqu'au méso-colon pelvien, ayant refoulé en arrière et à gauche les annexes gauches, en avant et à droite l'utérus. L'infiltration se propage jusque dans le ligament large opposé par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas, qui est lui-même rempli de caillots.

On pratique l'hystérectomie sub-totale par le procédé américain de droite à gauche, car il est impossible de conserver l'utérus et ses annexes. Mikulicz. Fermeture de la paroi en trois plans.

OBSERVATION XXXIX

(Clinique Obstétricale, n° 2732, S. III)

Grossesse extra-utérine rompue. Hématocèle.

Hystérectomie sub-totale.

Mme L... Camille, 40 ans, entre le 8 mai 1928 pour métrorragies et pour douleurs localisées au niveau du rectum.

Les antécédents pathologiques ne présentent rien digne d'être retenu.

Antécédents physiologiques : réglée à 13 ans, les règles sont régulières. Mariée à 28 ans, a eu cinq grossesses, dont deux accouchements à terme et trois avortements, le dernier datant du 21 avril.

Les dernières règles remontent au 8 mars. Le 21 avril, après un retard de 12 jours, la malade fait une fausse-couche dont le diagnostic aurait été fait par une sage-femme. Depuis cette date existe un écoulement d'abord séro-sanguinolent, puis franchement sanguin dans les derniers jours.

Le 4 mai, apparaissent des douleurs intenses, procédant par crises d'une durée de 1/4 à 1/2 heure, avec irradiations dans les régions lombaires et hypogastriques ; pas de ténisme rectal. Dans l'intervalle des crises, la malade se sent bien.

Examen : Au toucher, le col est refoulé derrière le pubis, il n'est pas perméable. L'utérus est difficilement perçu. Le Douglas et les culs-de-sac latéraux sont occupés par un empatement de consistance molle, douloureux à la pression, qui englobe et fixe l'utérus.

Le 10 mai, la ponction de Douglas ramène du sang.

Le 11 mai, subictère, douleurs vives dans le bas-ventre.

Numération globulaire :

Globules rouges	3.300.000
— blancs	3.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	68 %
Monocytes	2 %
Lymphocytes	30 %

Le 15 mai, la malade a un teint plus pâle, les douleurs continuent.

Numération globulaire :

Globules rouges	2.450.000
— blancs	2.700

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	77 %
Monocytes	2 %
Lymphocytes	21 %

Le 18 mai, au toucher, l'épanchement sanguin a considérablement augmenté de volume. Le col est complètement refoulé, écrasé contre la symphyse pubienne. Le Douglas bombe fortement, arrivant jusqu'au niveau de la vulve. Le pouls est rapide, il n'y a pas de température.

Le 19 mai, vers 4 heures du matin, douleur intense s'accompagnant d'état syncopal ; pâleur de la face très marquée, teint cireux, pouls incomptable, légère dyspnée et sensation d'oppression, cyanose des lèvres et de l'extrémité des doigts.

Après injection de 5 ccs d'huile camphrée et de 500 ccs de sérum artificiel, l'intervention est décidée d'urgence. Sous anesthésie générale à l'éther, la laparotomie conduit sur une hématocele, sans inondation péritonéale, mais volumineuse, remontant jusqu'à mi-chemin de la ligne ombilico-pubienne, et constituée dans sa partie supérieure par du sang poisseux, malodorant et, dans la profondeur, par des caillots. L'utérus, plaqué contre la symphyse pubienne, présente sa face postérieure et son bord supérieur complètement dépéritonisés. La trompe droite, rompue, est prolabée dans le Douglas.

Hystérectomie sub-totale par le procédé ordinaire. Mikulicz. Fermeture de la paroi au fil de bronze.

La malade sort le 11 juin.

OBSERVATION XL

(Clinique Obstétricale, n° 3217, S. III)

Grossesse extra-utérine rompue. Hématocele infectée.

Hématosalpinx.

B... Zorah entre le 19 septembre 1928 pour métrorragies.

A accouché en février. Aménorrhée complète jusqu'à juillet. Les règles réapparaissent du 16 au 20 juillet, mais sont absentes au mois d'août. Le 1^{er} septembre, s'installe un

écoulement sanguin qui n'a pas cessé depuis : très abondant au début, accompagné de douleurs légères, il a diminué d'importance depuis le 15 ; mais les douleurs ont augmenté d'intensité depuis la même date. Ces symptômes s'accompagnent d'anorexie et de constipation opiniâtre. La veille de son entrée et les jours qui suivent, la malade présente des vomissements noirs.

Le 20 septembre, au toucher, le Douglas est occupé par une masse dure, très douloureuse, qui paraît être l'utérus. Chaque jour, à deux reprises, la malade présente des frissons pendant un quart d'heure environ.

Le 26, le liquide obtenu par ponction du Douglas est envoyé au laboratoire, qui répond : très nombreux leucocytes polynucléaires non altérés. Germes rares : quelques diplocoques Gram négatifs, intra-globulaires.

Le 28, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie transversale sus-pubienne. A l'ouverture du péritoine, il existe des adhérences intestinales épiploïques avec l'utérus et les annexes. L'utérus, fixé en rétroversion, cache le Douglas. Le ligament large gauche est soulevé par un hématome.

Dissociation des adhérences intestinales et protection du péritoine. On soulève l'utérus, ce qui découvre une cavité à contenu purulent, rétro-utérin.

Hystérectomie par le procédé américain de droite à gauche. La trompe gauche est le siège d'un hématosalpinx du volume d'un petit œuf ; le ligament large gauche est plein de caillots. Ouverture du vagin ; péritonisation sur un drain en cigarette ; mikulicz. Fermeture de la paroi en 4 plans avec drainage intermusculo-aponévrotique.

La malade sort le 16 novembre 1928.

OBSERVATION XLI

(Clinique Obstétricale, n° 2878, S. IV)

K... Zorah entre le 8 octobre 1931, salle Dubois, pour douleurs abdominales dicrètes et hémorragies.

Toujours bien réglée ; a eu deux grossesses à terme.

Il y a deux mois, elle a présenté une aménorrhée. Il y a 20 jours, apparaissent des métrorragies qui persistent jusqu'à l'entrée à l'hôpital et sur l'importance desquelles la malade ne donne aucune précision. Au reste, celle-ci se

basant sur son retard de règles et sur une augmentation anormale du volume de son abdomen, se croit enceinte.

A l'examen : ventre en obusier, occupé dans toute sa partie inférieure par une tumeur dure, assez lisse, avec un sillon à droite. L'auscultation est négative, on n'a pas la sensation du flot.

Au toucher : col cylindrique, tout à fait plaqué en haut et en avant contre la symphyse pubienne. Le corps utérin n'est pas perçu. Le cul-de-sac de Douglas est envahi par une masse du volume d'une orange, donnant une impression liquidienne. Au-dessous et surtout à gauche, dans le cul-de-sac gauche, on palpe le pôle inférieur de la tumeur abdominale. Ce pôle a une consistance plus ferme que la masse occupant le Douglas ; elle paraît liquidienne, sous tension et renitente.

Pas de pigmentation des seins, pas de colostrum.

Le 9 octobre, vomissements sans réaction péritonéale.

Le 21 octobre, examen cyto-bactériologique après ponction du Douglas :

les globules blancs sont en abondance telle qu'elle rend leur numération impossible;

les globules rouges sont au nombre de 2.800.000, grande variabilité de dimensions ; quelques-uns sont altérés. Présence de coli-bacilles à l'examen direct.

Radiographie : pratiquée après injection de lipiodol, elle montre une cavité utérine en direction oblique, semblant légèrement agrandie. La trompe droite est perméable et sinueuse, facilement visible. La trompe gauche est seulement amorcée au niveau de la corne utérine sur 1/2 cm environ ; le reste n'est pas visible.

Le 22 octobre, colpotomie pour hématoecèle infectée et enkystée. On incise le cul-de-sac postérieur au bistouri et l'on évacue une grosse quantité de caillots mêlés à du sang liquide et à des débris fibrineux, le tout abominablement fétide. Mise en place d'un drain en T ; tamponnement vaginal. Les jours suivants, la malade, dont l'état général reste grave, reçoit des injections de sérum artificiel, de sérum anti-gangréneux et, à deux reprises, des injections intra-veineuses de bactériophage.

OBSERVATION XLII

(in AURAY : *Gynécologie et Obstétrique*, 1924)

*Cancer développé autour d'un lithopédion datant
de trente ans*

Mme X..., 65 ans, vient consulter en avril 1923 pour douleurs très vives dans le ventre depuis 8 mois.

Il y a 30 ans, la malade fit une grossesse en apparence normale, bien qu'assez douloureuse. Au bout de 9 mois, surviennent des douleurs qui lui firent croire qu'elle allait accoucher ; elle perdit un peu de sang. Malgré l'avis d'un médecin qui déclare l'accouchement imminent, elle n'accouche pas, ni à la suite d'une crise analogue. Puis les douleurs disparurent. Six semaines après, un médecin de Rouen fit le diagnostic de grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution avec fœtus mort, conseille d'abord l'opération, puis préfère laisser la malade en l'état. Les règles reviennent sept mois après.

Pendant 30 ans, jusqu'en septembre 1922, la malade ne ressentit de troubles quelconques dans le bas-ventre. Après une aménorrhée temporaire de deux ans, vers 40 ans, la ménopause eut lieu normalement vers 50 ans. En septembre 1922, la malade commence à souffrir : crises douloureuses, une à deux fois par mois, survenant après un effort quelconque, avec le tableau suivant : fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, céphalée, vertiges, nausées sans vomissements. En janvier, les douleurs augmentant d'intensité, la malade consulte un médecin, qui porte le diagnostic de lithopédion, propose une intervention qui est refusée par la malade. En février et mars, les douleurs augmentent d'intensité ; la malade souffre maintenant à droite et à gauche. Dans les dernières semaines, les crises sont excessivement pénibles : les douleurs siègent dans le flanc gauche, irradiant vers la région lombaire. La malade souffre du rectum et présente une constipation opiniâtre. La tumeur est également douloureuse. L'état général est mauvais ; anorexie.

Le 21 avril, on constate à l'inspection de la région iliaque droite une voussure de la paroi. A la palpation, à ce niveau, et dépassant légèrement la ligne médiane vers la gauche, on sent une tumeur du volume d'une tête d'enfant, dure, de consistance pierreuse, de surface bosselée, inégale, fixée

dans la partie basse de l'abdomen. Au toucher, on sent cette masse dure, bombant dans le cul-de-sac latéral droit et plongeant en arrière en refoulant l'utérus qui est rétro versé. Par le toucher rectal, excessivement douloureux, on sent le pôle inférieur de la tumeur saillant, prêt à perforer la paroi latérale droite du rectum. C'est également à ce niveau que la malade souffre dans les efforts de défécation. Dans l'abdomen, pas de liquide d'ascite. La température reste au voisinage de 38°. Les douleurs et la température fondent à supposer qu'il existe de l'infection autour du lithopédion et que celui-ci tend à s'éliminer par le rectum. Enfin, l'auteur soulève également l'hypothèse de tumeur maligne pour expliquer la surface bosselée, irrégulière et les douleurs. A la radiographie, on voit l'ombre de la masse calcaire formée par le lithopédion.

Le 28 avril, intervention. Dès l'ouverture, on constate l'existence de végétations développées à la surface de la tumeur, sur le péritoine, sur l'intestin. La tumeur est trop intimement adhérente à la vessie, au rectum pour qu'il soit possible de l'enlever. Force est de refermer l'abdomen.

Dans la nuit, après une amélioration passagère, une diarrhée rebelle est apparue ; il a fallu prescrire des doses élevées de morphine contre les douleurs qui ont repris. La malade mourait le 17 juin.

A l'autopsie : une fois libéré de ses adhérences, le lithopédion a l'aspect d'un œuf d'autruche de 15 cm de long, sur 11 de large. A sa surface, on voit des débris de la tumeur développée autour de lui. A la coupe, la coque externe est calcifiée, de quelques millimètres d'épaisseur. A l'intérieur, on retrouve des débris très nets, faciles à reconnaître, du fœtus ; certains organes ont conservé leur apparence normale : substance nerveuse, foie, rein.

Examen histologique de la tumeur développée autour du lithopédion : tumeur conjonctive maligne, à type cellulaire, fusiforme et polymorphe, sans structure reconnaissable. Mitoses nombreuses ; cellules binucléées, plasmodes polynucléés.

Diagnostic
de la
Grossesse extra-utérine

Diagnostic de la grossesse extra-utérine

Une grossesse est extra-utérine ou ectopique toutes les fois que l'œuf se développe hors de la cavité utérine.

Cliniquement son diagnostic reste difficile : au cours des laparotomies, il arrive que l'on trouve une grossesse ectopique alors que l'on avait pensé à une autre affection ; par contre, on opère parfois pour une grossesse extra-utérine, ce qui à l'intervention se révèle être un hydrosalpinx, un petit kyste du ligament large... etc.

Le praticien doit tout mettre en œuvre pour arriver au diagnostic. L'interrogatoire ne sera pas la partie la moins délicate de la consultation, car il permettra de rechercher dans les antécédents de la malade ce qui peut être à l'origine de son affection.

NOTIONS ETIOLOGIQUES

Le médecin doit donc bien connaître les causes pour pouvoir les mettre en évidence. Nous allons les passer en revue pour rappeler leur importance respective.

Quand on étudie la question des causes de la gestation ectopique chez les divers auteurs qui l'ont traitée, on est frappé de la multiplicité des hypothèses émises. Il ne nous appartient pas ici de conclure ; nous essayerons seulement d'en présenter une classi-

fixation pour qu'il soit plus facile de les retenir. Cette absence d'unicité tient à ce que nous ne connaissons pas parfaitement le mécanisme normal de la fécondation, de la migration et de la nidation de l'œuf. Il est logique de penser que toute altération de l'un ou l'autre de ces phénomènes préparatoires au développement de l'œuf sera une cause d'anomalies de la grossesse. Seules les anomalies de la migration retiendront plus particulièrement notre attention.

Hébert STEIN admettait autrefois que la fécondation se faisait dans la cavité utérine, et croyait que la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde en dehors de cette cavité, était à l'origine de la gestation ectopique. Aujourd'hui, on pense plus généralement que la fécondation a lieu au niveau de la trompe et de l'ovaire.

On croit que l'œuf sécrète une substance sensibilisatrice qui favorise sa fixation. Lorsque cette sécrétion apparaît trop tôt elle provoque la greffe prématurée par cytolyse de la muqueuse tubaire.

Anomalies de la Migration

Quelques causes tiennent à l'œuf lui-même :

L'œuf peut être trop grand ; il s'agit soit d'une grossesse gémellaire, soit d'un œuf qui aborde la trompe dans un état de segmentation trop développée. Nous ignorons tout de la durée du trajet abdominal de l'œuf fécondé ; on comprend aisément que des ovules à des étapes de segmentation différentes aient plus ou moins de difficultés à circuler dans l'oviducte.

Pour GUIDO POORTEN, de Riga, l'étiologie de la grossesse extra-utérine est tout entière dans l'œuf qui, troublé dans sa vitalité, arrête sa migration avant d'avoir atteint le but.

Les causes tenant à la trompe sont très nombreuses. BOUILLY niait l'existence d'une lésion préalable. Pourtant, dès 1880, LAWSON TAIT dans son « Traité sur les maladies des Femmes », signalait dans les antécédents des malades une salpingite. Dans la suite nombreuses sont les causes qui ont été relevées à la base de cette anomalie. Pour les étudier on peut les classer en trois catégories :

- a) Malformations congénitales ;
- b) Spasmes de la trompe ;
- c) Lésions acquises.

— *Malformations congénitales.* — WEBSTER est l'auteur de la théorie atavique. Pour lui, la grossesse extra-utérine serait causée par une réaction déciduale de la trompe, vestige atavique de ce qui se passe chez les animaux inférieurs chez lesquels il n'y a aucune différence dans ce sens entre la trompe et l'utérus.

A cette théorie s'apparentent les hétérotopies de la muqueuse utérine étudiées par LANCHE, SAMPSON, et la présence de tissu utérin signalée dans certaines trompes.

Enfin, citons aussi l'atrésie congénitale de l'oviducte. On peut admettre qu'un état infantile de l'utérus trouve parfois sa réplique au niveau de la trompe. On connaît des cas de gestation ectopique survenue après dilatation pour atrésie utérine.

— *Spasmes de la trompe.* — Cet état de la trompe peut reconnaître à sa base un traumatisme s'étant produit au niveau de l'abdomen, ou une cause psychique ou morale. Pour ASTRUC, c'est une crainte au moment du coït. D'après lui : « elles (les grossesses extra-utérines), sont plus ordinaires chez les

filles ou les veuves, et surtout chez celles qui ont passé pour sages parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite y ont beaucoup de part. » De même BAUDELLOCQUE, GUILLEMOT, DESGRANGES ont publié des observations où ils soupçonnent à l'origine de la gestation ectopique une frayeur violente au moment de la conception : bruit inattendu, ou crainte du flagrant délit. Il vient cependant une objection à l'esprit : on ignore absolument combien de temps après le coït a lieu la fécondation ; or le spasme doit se produire pendant le coït et ne pas se prolonger indéfiniment.

— *Lésions acquises.* — Les lésions acquises que l'on incrimine à l'origine des grossesses extra-utérines sont de deux sortes : ce sont des tumeurs, ou des lésions inflammatoires.

Les tumeurs sont utérines (fibromes) ou extra-utérines ; les plus fréquentes de ces dernières sont certainement les kystes de l'ovaire. Cependant il faut citer deux causes accessoires intervenant plus rarement :

FRAENKEL, SCHILL, COTTE soutiennent une théorie contre laquelle KELLER s'est élevé : pour ces auteurs l'évolution atypique du corps jaune est peut-être la cause de la grossesse ectopique. COTTE cite une observation où à l'intervention l'œuf était en voie d'expulsion et la trompe peu altérée. Par contre, l'ovaire portait un corps jaune kystique ; son examen histologique par NOEL montra les modifications qu'on note habituellement sur un corps jaune en régression. Il est possible que l'évolution anormale du corps jaune au moment où il aurait dû assurer la migration de l'œuf ait été pour quelque chose dans l'arrêt de celui-ci.

L'Ecole de Nancy signalait, il n'y a pas bien longtemps, la présence au niveau du ligament large de glandes surrénales accessoires s'étant opposées à l'acheminement de l'ovule vers l'utérus et ayant conditionné son développement dans la trompe. Cette présence de glandes accessoires s'explique par la situation du corps de Wolf : embryologiquement les surrénales en sont très voisines et celui-ci peut entraîner des cellules de ces glandes tout le long de son trajet depuis la région rénale.

Les lésions inflammatoires peuvent atteindre directement l'oviducte ou réagir sur lui à distance. Les adhérences péritonéales consécutives à une maladie infectieuse, à une crise d'appendicite provoquent des sinuosités, des plis, incompatibles avec une progression normale de l'œuf ; peut-être s'y ajoute-t-il un mauvais fonctionnement du péristaltisme des trompes prisonnières des brides péritonéales. Malgré tout, la cause la plus fréquente des rétrécissements acquis est l'annexite. La salpingite se retrouve d'après BACULESCU à l'origine de la grossesse extra-utérine dans 9 % des cas. Pour expliquer son action, LAWSON TAIT admettait que l'œuf devait pour se fixer, trouver un point dépourvu d'épithélium ; il admettait parallèlement que la muqueuse utérine était détruite à chaque menstruation dans le même but. Le rôle de la salpingite serait donc de provoquer cette destruction nécessaire. BLAND, SUTTON, VEIT, WEBSTER, A. MARTIN ont violemment combattu cette théorie et ont affirmé que la condition indispensable pour que l'œuf puisse se greffer sur la paroi tubaire est l'intégrité absolue de la muqueuse de l'oviducte. La salpingite a peut-être une action mécanique : elle agirait en détruisant les cils vibratiles dont le rôle est d'assurer la migration de

l'œuf. Sinon comment faut-il expliquer qu'une endosalpingite favorise la fixation de l'œuf, tandis qu'une endométrite est au contraire une cause de stérilité par impossibilité de fixation ? La fréquence des salpingites dans les antécédents des femmes ayant une grossesse extra-utérine est une des raisons invoquées par les partisans de l'intervention systématique dans cette affection contre ceux du traitement médical conservateur.

BECKERS signale comme cause possible les nodules dont la production accompagne la salpingite interstitielle aiguë ou chronique, nodules qui se forment dans la portion isthmique ou interstitielle et dont la situation semble devoir constituer un obstacle suffisant à la migration de l'ovule fécondé vers l'utérus. Pour COTTE dans les cas d'endométrïomes, lésion relativement fréquente, il existe des modifications fonctionnelles du tissu endométrial qui suffisent à expliquer l'arrêt de l'œuf à son niveau. POZZI donne l'apoplexie tubaire comme une étiologie possible : elle peut survenir d'après lui au cours d'une inflammation catarrhale, ou d'une menstruation troublée par un écart de régime, une fatigue exagérée, un refroidissement, un facteur psychique. Enfin certains auteurs font encore intervenir comme facteur favorisant de l'implantation de l'œuf l'hyperhémie de la muqueuse en dehors de toute inflammation. DANIEL a signalé qu'au cours de la menstruation l'hyperhémie de la trompe interstitielle ferme les trompes et leur orifice utérin ; l'hyperhémie agit par un double mécanisme, en paralysant le jeu des cils vibratiles ou en plaçant l'œuf dans des conditions favorables à la greffe. NISOT reconnaît plusieurs origines à cette hyperhémie : l'influence des drogues abortives par la congestion intense du petit

bassin qu'elles provoquent ; l'influence des manœuvres intra-utérines ou simplement des injections très chaudes plus ou moins additionnées de produits irritants toujours utilisées dans le but de faire revenir les règles en retard. La congestion ainsi provoquée peut avoir des conséquences bien plus graves : en cas de grossesse tubaire déjà existante, elle peut en amener la rupture. GAUSSEL rapporte un cas de mort à la suite d'une rupture de grossesse tubaire provoquée par ingestion de drogues abortives (1).

Enfin NISOT veut voir comme cause de l'hyperhémie l'application de traitements gynécologiques : injections médicamenteuses, cautérisations du col, exploration intra-utérine ou transsalpingienne.

Tel est le résumé de l'étiologie de la gestation ectopique que nous voulions rappeler au début de ce travail. Il est infiniment probable qu'il ne peut pas exister une théorie pathogénique unique, mais qu'au contraire, il est des causes nombreuses à l'origine de cette anomalie. Les plus fréquentes sont cependant les rétrécissements accidentels, musculaires ou congestifs de la trompe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous disions au début de ce chapitre que la laparotomie ne révèle pas toujours ce que le chirurgien pensait rencontrer. Nous allons étudier rapidement l'évolution de la grossesse extra-utérine jusqu'au moment où le chirurgien est amené à intervenir, au cours de son évolution ou de complications. Différents aspects se présenteront à lui, selon les cas ; nous essaierons de les décrire ainsi qu'il les voit.

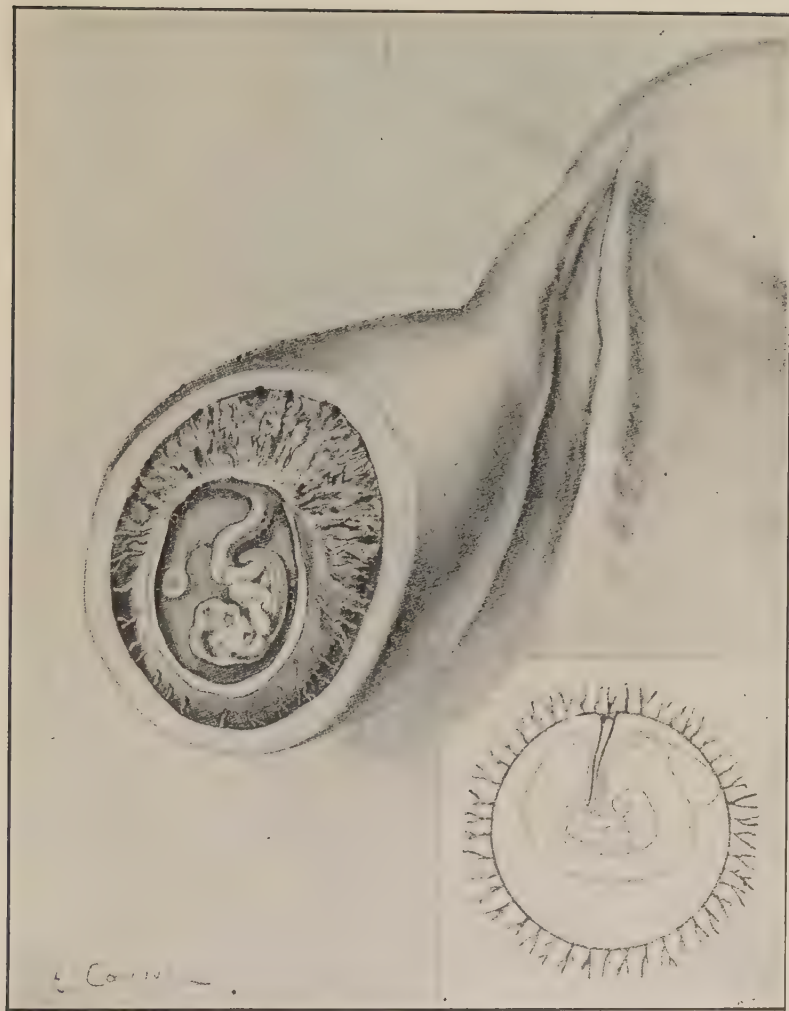
(1) Gausse : Rupture de grossesse extra-utérine et tentative d'avortement criminel. (Archives de médecine légale et de criminologie. Février 1923, n° 2.)

L'anatomie pathologique de la trompe gravide fut étudiée en détail par VEIT, WYDER, ORTHMANN, WOERTH, PILLIET, dont les travaux sont rapportés à plusieurs reprises dans les thèses de BINAUD, CESTAN, GAUTHIER, THÉVENARD, que nous conseillons de consulter pour plus amples renseignements.

Supposons le cas extrêmement rare en pratique où une grossesse extra-utérine arrive jusqu'au terme et suivons son évolution. L'œuf s'étant arrêté dans la trompe pour une raison quelconque, celle-ci va subir différentes modifications tendant à en favoriser le développement. La fixation de l'œuf se fait le plus souvent au niveau de la portion ampullaire, près de l'orifice abdominal. Les franges du pavillon s'accolent et obstruent la trompe du côté de l'ovaire. L'épithélium tubaire se modifie : il perd ses cils, devient cubique, puis s'aplatit. Il tend même à disparaître principalement au point d'insertion future du placenta. La couche musculieuse s'hypertrophie, mais cependant pas assez pour empêcher la paroi de s'amincir sous l'action de la distension due à l'œuf qui se développe. Les vaisseaux également deviennent plus nombreux et plus volumineux. Au milieu de la paroi se sont créés les lacs sanguins destinés à alimenter les villosités choriales mais dont la présence diminue la résistance de la trompe.

Enfin en se développant les villosités choriales pénètrent peu à peu dans les tissus, désagrègent la couche musculaire et pénètrent dans les sinus maternels.

A ce moment, après laparotomie, la grossesse extra-utérine a l'aspect d'une masse interposée sur le trajet de la trompe qui lui sert de pédicule ; sa taille est éminemment variable avec l'âge de la ges-



In FORGUE et MASSABIAU : Gynécologie

Section à travers une grossesse tubaire, œuf en position. Développement des villosités choriales, d'abord disséminées à la surface de l'œuf (petit cadre de droite, puis concentrées en une zone qui répondra au placenta.

tation, mais dans la majorité des cas opérés elle varie du volume d'un œuf à celui d'une mandarine. Elle est de couleur brunâtre, sa surface est sillonnée de vaisseaux sanguins dont le diamètre peut atteindre celui du petit doigt. Sa position est variable : tantôt franchement abdominale, elle peut être latéro-utérine, mais elle est le plus souvent prolabée dans le Douglas. Elle a contracté des adhérences encore lâches avec les organes voisins : les anses grêles, le sigmoïde qui la coiffe parfois, l'utérus... Le sac fœtal se développe quelquefois entre deux feuilletts du ligament large et peut s'enclaver dans le pelvis en refoulant l'utérus du côté opposé. Il n'est pas rare de le voir former une masse compacte avec un organe voisin, l'ovaire faisant également partie de cette masse.

Si l'on n'est pas conduit à intervenir au cours de l'évolution, la grossesse continuera son développement. Comment, dès lors, se produiront les complications ? Malgré l'hypertrophie des vaisseaux sanguins, la circulation n'est pas suffisante pour assurer la nutrition du fœtus qui meurt plus ou moins vite. Après sa mort, les villosités placentaires s'atrophient et laissent béants les orifices dont elles avaient pénétré les vaisseaux maternels en se développant. Il se produit une hémorragie dont le volume est très variable : si elle est peu considérable elle aboutit à l'hématosalpinx ; si elle est plus notable et si l'orifice abdominal est encore ouvert (il ne se ferme qu'à la fin du deuxième mois), le sang s'échappe dans la cavité péritonéale entraînant ou non l'œuf : c'est l'avortement tubaire complet ou incomplet. Selon son importance cette hémorragie aboutit à l'inondation péritonéale ou à l'hémorragie enkystée. Au lieu de la simple inter-



In FORGUE et MASSABIAU : Gynécologie

1 — Les diverses localisations de la grossesse ectopique.

2 — 3 — 4 : Grossesse interstitielle, isthmique et ampullaire.

ruption avec hémorragie, peut se produire la rupture de la trompe. VILLET en donne le mécanisme suivant (Progrès Médical : Oct. 1893) : « les franges étant détruites et le chorion remplacé par les villosités de l'ectoplacenta, la trompe se trouve fatalement amincie au point de la greffe, en même temps que ses muscles vont s'hypertrophier sur tous les autres points pour chasser cette greffe qui agit comme un corps étranger. Les villosités placentaires s'atrophient bientôt ; les vaisseaux maternels qu'elles avaient perforés se débouchent et à chaque poussée congestive, soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus ou de la trompe, il se fait une hémorragie en nappe de la paroi tubaire ; à la première ou à la dixième de ces poussées, à l'occasion d'une promenade à cheval ou d'un tour de valse, la trompe cède. » GAUTHIER a remarqué également que la rupture se fait au niveau du placenta, et donne à l'origine le mécanisme suivant : la paroi tubaire est immobilisée par les adhérences qu'elle a contractées avec le placenta ; elle ne peut se distendre pour suivre le développement de l'œuf. Le tiraillement provoqué par l'augmentation de volume du sac fœtal en détermine la rupture. COUVELAIRE en étudiant les causes de la rupture a montré l'existence d'altérations « consistant essentiellement en aploplexie interstitielle siégeant entre la capsule de l'œuf et la paroi, au sein même de la paroi. »

Ces lésions furent décrites par MURET (1) et nommées par ASCHOFF (2) : verbogene ruptur (rupture cachée).

(1) MURET : Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. 10 avril 1898.

(2) ASCHOFF : Archiv. fur Gynaekology. : 1900.

COUVELAIRE était arrivé aux conclusions suivantes :

1° Pour l'œuf en apoplexie : « l'apoplexie tend à faire éclater la capsule externe de l'œuf, soit du côté du pôle libre, soit du côté de la zone d'insertion pariétale de l'œuf ».

2° Pour l'œuf en évolution : « la rupture a pour siège d'élection la zone d'insertion pariétale de l'œuf. Cette zone est préparée à la rupture par suite de la disparition des éléments vasculaires et musculaires ».

A quelle époque de l'évolution se fait la rupture? GAUTHIER admet qu'elle se fait entre la 4^e et la 12^e semaine ; BACULESCU relève dans sa statistique que dans les cas de grossesse ampullaire les femmes sont opérées entre le 1^{er} et le 4^e mois, mais qu'elles le sont dès 1 mois et 1/2 dans le cas de grossesse isthmique. « L'œuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus ». (COUVELAIRE).

La conséquence la plus ordinaire de la rupture est l'inondation péritonéale, plus rarement l'hématocèle péri-utérine.

Sous quel aspect ces lésions se présentent-elles au chirurgien chargé d'intervenir ? Dans les cas d'avortement tubaire, la trompe, augmentée de volume, laisse écouler lentement par son orifice abdominal du sang épaissi, en partie coagulé. Si l'opération n'a lieu qu'au bout d'un certain temps les caillots se sont en partie organisés, ils ont englobé la trompe et si l'avortement a été complet, l'œuf y est aussi inclus. La trompe est extérieurement intacte.

A l'opposé de l'avortement tubaire qui ne présente en lui-même aucune gravité immédiate, l'inondation péritonéale a un aspect plus saisissant : sitôt le ventre ouvert, le péritoine apparaît fortement teinté ; son incision laisse échapper des caillots mêlés à du sang liquide rouge foncé. Dans les cas les plus graves, dans l'hémorragie cataclysmique de BARNES, on peut voir le sang suinter par l'orifice de rupture. Si l'hémorragie est déjà ancienne, le sang est ccagulé, les caillots adhèrent à l'épiploon, au péritoine, remplissent parfois tout le petit bassin, et il faut les enlever à pleines mains pour découvrir la trompe rompue. L'orifice de rupture peut siéger en tous points de la trompe, parfois au niveau de la portion interstitielle ou de la portion isthmique, le plus souvent au niveau de la partie ampullaire. De forme irrégulière, l'orifice a des bords déchiquetés, ses dimensions sont variables : le fœtus est généralement expulsé hors de la trompe tandis que le placenta reste parfois en place. Lentement les caillots en s'organisant font place à des adhérences : d'abord laches, constituées de fibrine, faciles à rompre elles se resserrent peu à peu et deviennent plus résistantes à tel point qu'il devient parfois impossible de les rompre. En se formant elles agglutinent en une masse compacte tous les organes du petit bassin et même les anses grèles : le chirurgien arrive sur une tumeur énorme qu'il lui est souvent difficile de dissocier en ses constituants. Les surfaces séparées sont dépéritonisées, saignent. Il n'est plus possible dans ce cas de fermer, il faut au contraire laisser en place un Mikulicz pour favoriser la repéritonisation.

Il n'est guère possible de distinguer à l'intervention, par sa face externe, un hématoœalpinx d'une

grossesse extra-utérine en évolution : l'hématosalpinx est plus tendu, de coloration plus foncée que la grossesse ectopique, du sang a pu s'échapper par l'orifice abdominal ; par contre la circulation est plus active au niveau d'une grossesse en évolution.

L'hématocèle constitue une masse généralement bien délimitée dont la position la plus fréquente est au niveau du cul de sac de Douglas : en avant elle adhère à l'utérus et au vagin, son dôme plus ou moins haut situé dans l'abdomen est recouvert par l'épiploon ou par des anses intestinales agglutinées et adhérentes. La paroi de la poche est fibreuse, d'épaisseur inégale ; elle se laisse déchirer aisément au cours des manœuvres de décortication. Le contenu de l'hématocèle est formé par du sang noirâtre, sirupeux, poisseux, en partie coagulé, ressemblant plus ou moins à du raisiné ; les caillots les plus périphériques sont très adhérents à la paroi et ont un aspect fibrineux. Les autres sièges de l'hématocèle sont moins souvent observés : hématocèle anté-utérine, hématocèle supra-utérine (CHAPUT), hématocèle latéro-utérine (LEJARS), enfin hématocèle extra-péritonéale ; l'hématome s'est constitué entre deux feuillets du ligament large. L'aspect reste toujours le même.

Si l'hémorragie n'est pas de nature à imposer l'intervention et si le praticien préfère attendre, la résorption peut s'effectuer spontanément, il est vrai, mais au prix d'un repos prolongé durant plusieurs mois, dans le décubitus dorsal. Cette résorption lente va créer des adhérences qui devenant de plus en plus serrées amènent avec elles leur cortège de douleurs. *Ces douleurs qui ne peuvent être améliorées ni par le repos, ni par la glace, qui ne le sont pas toujours*

par les moyens physiques (diathermie) ou chimiques, amèneront à proposer et à faire accepter l'intervention refusée la première fois, et qui sera maintenant plus compliquée qu'elle ne l'eut été au moment de l'hémorragie initiale. Le chirurgien arrivera sur un tissu adhérentiel l'obligeant parfois à étendre son intervention : ce qui aurait pu n'être qu'une salpingectomie deviendra parfois une hystérectomie. Nous rapportons une observation due à notre Maître, Monsieur le Docteur FERRARI (observation n° XXXVI) où il fallut pour libérer les organes génitaux des adhérences qui les emprisonnaient, faire une resection intestinale. Quelle différence entre la gravité de cette opération et celle que la malade avait d'abord refusée.

Il est exceptionnel que l'on constate après la rupture une grossesse abdominale secondaire dont la pathogénie est encore très discutée et dont l'existence même est niée par certains auteurs. Pour LAWSON TAIT et son élève GUBB, le placenta expulsé peut s'implanter à nouveau sur le péritoine et continuer à vivre. PALLIEZ se fait le défenseur des théories de TARNIER et de BUDIN. Comment le placenta pourrait-il se nourrir au niveau de cette séreuse qui n'a pas été préparée à le recevoir et qui n'est pas d'elle-même suffisamment vascularisée pour l'alimenter ? On pourrait expliquer les grossesses abdominales secondaires en supposant que le placenta reste adhérent à la trompe malgré la rupture et que le fœtus seul tombe dans la cavité abdominale.

Si l'œuf résiste à toutes ces embûches il pourra arriver à terme ; il faut du reste remarquer que la grossesse en danger est celle qui est dans la première partie de son évolution. Une fois cinq mois

passés, les risques de complications diminuent. C'est une notion importante que nous rappellerons en étudiant la conduite à tenir dans le cas de grossesse ectopique après 5 mois, avec enfant vivant. Au moment du terme, l'utérus entre en contraction, c'est ce que l'on appelle le « faux travail ». Ces contractions, évidemment vaines, n'aboutiront qu'à l'expulsion de débris de caduque utérine et à quelques pertes de sang. A la suite du faux travail le fœtus succombe : c'est donc une notion à retenir pour fixer la date de l'intervention : approcher le plus possible du terme pour être dans les meilleures conditions de viabilité du fœtus, mais ne pas attendre le terme pour éviter que le faux travail ne se déclanche.

Une fois mort, le fœtus devient un corps étranger de la trompe. Ce kyste fœtal n'est pas à l'abri de l'infection : quelque temps après l'arrêt de la grossesse peut se produire la rupture, et le contenu septique s'échappe dans le péritoine, provoquant une péritonite, généralement fatale. S'il est bien toléré, le fœtus se réduit, se calcifie, devient un lithopédion. Si cette transformation est heureuse elle n'est cependant pas un brevet qui met à l'abri des complications ultérieures. Les cas ne sont pas exceptionnels où le lithopédion s'est éliminé spontanément par le vagin, le rectum, la vessie même, créant des délabrements plus ou moins considérables. Récemment, à la séance du 4 mars 1931 de la Société de Chirurgie, M. d'ALLAINES rapportait un cas d'élimination partielle d'un squelette fœtal par l'anus, au cours d'une grossesse tubaire méconnue un an ; l'intervention fut imposée par l'apparition de signes généraux et vésicaux et de douleurs : le kyste était fistulisé dans le colon sigmoïde. Nous citons aussi parmi nos observations, un cas rapporté par M.

AUVRAY où un lithopédion bien supporté pendant 30 ans fut l'origine d'une tumeur maligne qui emporta la malade.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes de la grossesse extra-utérine sont très nombreux. Nous les avons classés en deux groupes :

1° Symptômes de grossesse,

2° Symptômes de grossesse extra-utérine, espérant ainsi rendre leur étude plus claire. Parmi les symptômes de grossesse extra-utérine nous avons rangé les acquisitions récentes qui permettront sans doute, au fur et à mesure qu'on en connaîtra mieux la valeur, de poser un diagnostic précis. La conclusion qui doit se dégager de l'étude de la symptomatologie d'une question est d'en permettre le diagnostic. Nous l'avons résumée au début du chapitre du diagnostic différentiel.

Symptômes de Grossesse

Interrogatoire. — Quand on étudie parmi les symptômes de la grossesse extra-utérine ceux qui relèvent de la gestation elle-même, le plus important est sans doute la modification des règles. Ici, comme dans la grossesse normale on peut penser avec PAJOT que « chez une femme toujours bien portante, qui a été toujours bien réglée jusque-là, si les règles s'arrêtent, il faut soupçonner cette femme d'être enceinte ». Les statistiques de grossesses extra-utérines montrent que dans 80 % des cas, les femmes accusent spontanément cette suspension des règles qui va depuis le simple retard de quelques jours à l'aménorrhée depuis 2, 3 mois et plus. Si la femme nie cette interruption des règles, il faut chercher à savoir si elle n'a pas intérêt à être de mauvaise foi. Une malade de

bonne foi peut ne pas accuser de modification de ses règles : c'est le cas dans les accidents très précoces survenant entre deux époques. D'après BACULESCU, cela se produit dans 16 % des cas. Enfin dans 4 % des grossesses ectopiques, s'il ne révèle pas d'aménorrhée totale, l'interrogatoire permettra de faire préciser à la femme que ses règles sont diminuées en quantité et en durée.

Il arrive qu'une femme vienne consulter pour un retour de règles après une période d'aménorrhée plus ou moins longue. Le médecin doit faire préciser les caractères de l'écoulement sanguin, faire faire la comparaison avec les règles antérieures quant à la durée, l'abondance, la couleur, la fluidité, l'odeur... Ce que la malade croit être ses règles n'est peut-être qu'un « signal symptom » de complications qui se préparent. Aussi nous nous proposons d'étudier les caractères propres de ces écoulements sanguins avec les symptômes qui sont particuliers à la grossesse extra-utérine.

C'est encore l'interrogatoire qui révélera les troubles digestifs : envies, nausées, vomissements. Une femme avertie par des maternités antérieures pourra remarquer, si elle a une gestation ectopique, que ces troubles sont moins marqués que dans une grossesse normale. Il existe ici parfois des nausées le matin au lever et des vertiges, mais les envies et les vomissements sont beaucoup plus rares. Encore ne faudra-t-il pas confondre les vomissements qui signalent une complication avec ceux qui ne sont qu'un symptôme de grossesse.

Inspection. — Dans le cas d'une grossesse utérine évoluant normalement la femme a remarqué diverses modifications de ses seins : augmentation de volume, sensation de ten-

sion, picottements, écoulement de colostrum à la pression. Ces phénomènes sont assez précoces. Quand on les recherche chez les femmes qui ont une grossesse extra-utérine, on ne les constate que dans un quart des cas environ. Cela tient sans doute au fait que la grossesse extra-utérine s'interrompt le plus souvent très précocement, avant même l'installation de ces signes. L'existence d'une ligne brune est encore beaucoup plus rare que la constatation de modifications au niveau des seins.

Palpation. — La palpation n'a que peu de valeur.

Dans une grossesse normale elle ne donne de renseignements que dans la deuxième moitié de l'évolution. Une grossesse extra-utérine dépasse rarement le cap de 4 mois et 1/2 ; elle est plus profonde que l'utérus, on comprend fort bien que le palper ne donne que la notion de tumeur, sans présomption sur sa nature.

Toucher. — Le procédé d'examen qui donne le plus de renseignements est certainement le toucher. Au cours d'une grossesse extra-utérine, comme au cours d'une grossesse normale, l'utérus subit une hyperplasie. A la seule constatation de cette hypertrophie il est difficile de dire si la grossesse est extra ou intra-utérine ; il n'est que très rarement possible d'apprécier la saillie de l'utérus au niveau de l'insertion placentaire, symptôme qui pourrait permettre de localiser la gestation.

Le corps utérin subit des modifications de volume : on constate cet accroissement du corps dans 40 % des cas environ. Pour CAZEAUX, il est en rapport avec l'âge de la grossesse, ce qui est normal, avec le siège : plus l'œuf est greffé près de l'utérus, plus l'hypertrophie est accusée, enfin avec la parité : chez une multipare l'augmentation de volume est plus

notable que chez une primipare. Lorsqu'on ne la constate pas cela peut tenir à plusieurs causes : on peut avoir affaire à une grossesse jeune qui n'a pas encore provoqué de modifications, ou à une gestation dont l'enfant est mort, l'utérus ayant subi son involution.

Les modifications de consistance se perçoivent parallèlement à l'augmentation de volume. Quand elles existent on perçoit le corps également mou et élastique. La position du corps utérin est un des signes qui permettent le diagnostic entre une grossesse normale et une grossesse ectopique : le corps utérin peut être refoulé vers la droite ou la gauche par la tumeur fœtale ou par l'épanchement sanguin collecté après rupture.

PINARD affirmait à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie le 8 juin 1903 que chaque fois qu'il y a grossesse, qu'elle soit utérine ou extra-utérine le col est ramolli, mais que ce ramollissement diminuait si l'œuf cessait de se développer. En fait, il semble qu'il ne soit pas de règle.

Quand une grossesse arrive dans la deuxième partie de son évolution, il existe des signes de certitude. Nous avons vu au paragraphe de l'anatomie pathologique qu'une grossesse ectopique pouvait évoluer jusqu'au terme. Dans la seconde moitié de la gestation on constatera deux signes certains de l'existence de la gestation : les mouvements actifs du fœtus et les bruits du cœur fœtal.

Les symptômes que nous avons étudiés plus haut ne sont que des signes généraux de grossesse ; il nous faut examiner quels sont les signes qui orientent vers le diagnostic de gestation ectopique.

Symptômes de Grossesse Ectopique

A côté des symptômes de grossesse que présente la femme il en est qui doivent attirer l'attention du médecin et le conduire à porter un diagnostic de grossesse anormale. Parmi ces signes les uns apparaissent dès le début de la gestation, ce sont les douleurs et les pertes sanguines. D'autres ne sont perceptibles que dans la deuxième moitié de l'évolution et varient selon que le fœtus est mort ou vivant.

Les douleurs. — L'anatomie et la physiologie nous apprennent qu'au niveau de la trompe existe une double couche musculaire ainsi que des nerfs provenant des deux principaux plexus sympathiques de l'organisme : le plexus hypogastrique et le plexus solaire. Normalement les trompes se contractent rythmiquement et c'est à leur contraction, ainsi qu'à l'existence des cils vibratiles de l'épithélium qu'est due la migration de l'œuf. Lorsque celui-ci se fixe, il constitue un corps étranger que des contractions plus fortes essayeront de chasser et qui ne seront plus indolores comme les contractions normales. La distention de la trompe par l'œuf est également une cause de tiraillements des nerfs sympathiques qui retentira d'autant plus précocement que l'œuf se sera arrêté plus près de l'ostium uterinum, c'est-à-dire plus près d'une région difficilement extensible. Si par contre l'œuf s'est greffé au niveau du pavillon ou de l'ampoule, le reste de l'oviducte constitue un pédicule au sac ovulaire qui ne tardera pas à tomber dans un des culs de sac, entraîné par son poids ; la douleur sera due à l'élongation des nerfs. Enfin, autour de ce corps anormal que constitue une trompe gravidé des adhérences se formeront qui ne seront pas sans irriter aussi les plexus sympathiques.

Ces douleurs ont le plus souvent un type de douleur vague, insidieuse, au niveau du bas-ventre, présentant des irradiations diverses : vers les cuisses, l'anus, les régions lombaires. L'une de ces irradiations aurait pour SYDNEY TURNER une valeur assez grande au point de vue du diagnostic : cet auteur rapporte des cas d'irradiations vers le pli de l'aîne ; à l'intervention, dans chaque cas, on trouva que les douleurs étaient localisées du même côté que la trompe gravide. Ces douleurs ont une grande variabilité : intermittentes ou continues, elles peuvent être atténuées par le repos pour réapparaître ensuite. Leur intensité même varie : dans l'interrogatoire des malades on peut retrouver l'existence de crises violentes, parfois répétées, pouvant laisser croire à une rupture alors que l'intervention montre l'intégrité de la trompe. Malgré la grande variabilité dans les modalités qu'elle peut affecter, la douleur est un symptôme important quand elle coïncide avec d'autres signes tels que l'aménorrhée, ou des pertes sanguines dont nous allons étudier maintenant les caractères.

Les pertes sanguines. — La notion de l'existence de pertes sanguines est un symptôme de la plus haute importance tellement fréquent, avec des caractères suffisamment précis, qu'il serait admissible d'en faire un signe pathognomonique. Ces hémorragies se rencontrent dans la grande majorité des cas : BACULESCU dans sa statistique de juin 1912 montre qu'elles existent dans 80 % des cas. Elles affectent des types variés : le plus souvent elles accompagnent les douleurs, parfois elles constituent la première manifestation qui attire l'attention de la malade et l'incite à consulter. Il est rare qu'elles conservent le rythme d'apparition des

règles, le flux menstruel est alors nettement augmenté en quantité et en durée. Mais généralement il s'agit de pertes sanguines apparaissant par périodes irrégulières se prolongeant plusieurs jours, ou de pertes continues. Dans ce dernier cas il n'est pas rare de voir s'installer cet écoulement après une douleur plus forte que les autres. Il importe ici de ne pas considérer ces hémorragies comme un symptôme de fibrome ou de métrite hémorragique. Au point de vue de leur signification, d'après CAZEAUX, ces pertes sanguines signeraient la congestion intense de la muqueuse utérine hypertrophiée.

Expulsion de la caduque. — L'expulsion d'une caduque parfois entière, le plus souvent en lambeaux est un signe de grande valeur que le médecin doit s'efforcer de mettre en évidence dans son interrogatoire. Cette expulsion se fait en même temps qu'une hémorragie ; il est fréquent de voir les malades accuser spontanément la présence de débris membraneux dans le sang qu'elles ont perdu. Quand les femmes sont affirmatives sur cette existence, ou quand le médecin a la bonne fortune de la constater lui-même, le diagnostic de gestation ectopique s'impose presque ; l'absence ou plutôt la non-constatation peut induire en erreur et faire prendre la grossesse extra-utérine pour un avortement.

Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la signification à donner à ce phénomène : CESTAN et d'autres admettent que l'expulsion de la caduque signe la mort du fœtus ; l'évolution en serait par suite arrêtée, il n'y aurait plus à craindre de complications. CAZEAUX, POZZI pensent au contraire que l'expulsion de la caduque n'implique pas fatalement la mort du produit de la conception : l'une de nos

observations (Obs. n° XXXII) viendrait à l'appui de cette manière de voir : la malade dont il s'agit avait expulsé une caduque entière près d'un mois avant la rupture qui l'a conduite à l'hôpital. Pour qu'il y ait eu rupture il a fallu que l'enfant ait continué à se développer. On ne peut donc pas se fonder sur l'expulsion de la caduque pour penser que la grossesse est arrêtée dans son évolution et que la femme est à l'abri d'accidents.

Quand la grossesse ectopique est arrivée dans la deuxième moitié de son évolution il existe d'autres signes qui permettent d'être plus affirmatif sur l'existence de la grossesse mais aussi sur le fait qu'elle est extra-utérine.

A partir de cinq mois, la femme sent bouger. A l'inspection le ventre n'est pas augmenté de volume dans son ensemble; la tumeur fœtale est plus saillante d'un côté que de l'autre. Le palper et le toucher combinés permettent de percevoir deux tumeurs : l'utérus refoulé d'un côté, qu'il faut souvent rechercher soigneusement pour le découvrir, à côté de lui et usurpant parfois sa place est le kyste fœtal. Dans des circonstances particulièrement favorables il n'est pas impossible de percevoir les deux pôles fœtaux et les petites parties. Par contre, signe exceptionnel, la palpation de la tumeur donne parfois la sensation de « thrill » tellement le cœur fœtal bat près de la main; quand on a constaté ce signe, sa disparition indique la mort du fœtus. L'auscultation permet d'entendre très nettement les bruits du cœur fœtal.

Quand le fœtus est mort, par résorption du liquide amniotique, il se momifie, devient cartilagineux, puis se calcifie lentement et devient très dur. Le toucher dans un cas de lithopédion est alors très

instructif. Enfin la mort du fœtus peut s'accompagner de la disparition des signes de grossesse : affaissement du ventre, cessation des mouvements fœtaux, auscultation négative.

Tels sont les différents signes cliniques que le praticien avait jusqu'ici à sa disposition pour poser le diagnostic de grossesse extra-utérine. Depuis quelques années, le laboratoire et la biologie sont venus à l'aide de la clinique ; ce sont leurs apports que nous allons étudier maintenant.

Quelques Acquisitions Récentes

L'aide apportée ces temps derniers à la clinique intéresse aussi bien le diagnostic positif de la gestation ectopique que celui des complications. Nous pouvons résumer ces différentes acquisitions dans le tableau suivant :

Diagnostic de la grossesse :

Réaction d'ASCHEIM-ZONDEK,
Procédé de GERNEZ et MOULONGUET,
Radiographie,
Procédé de REEB.

Diagnostic des complications :

Réaction d'AUTOSHIMA,
Procédé de SIGALAS,
Procédé de NORRIS,
Examen du sang : numération et formule.

Nous avons classé ici tous les procédés récents ; mais nous n'étudierons dans ce chapitre que les acquisitions en matière de diagnostic positif : il nous a semblé logique de placer dans les chapitres correspondants les autres procédés pour mieux les faire ressortir.

Réaction d'Ascheim-Zondek. — La recherche de la gestation par les injections d'urines de femmes enceintes comme le proposaient ASCHEIM et ZONDEK le 20 avril 1928, à des souris femelles ; ou selon les suggestions de BROUHA, HINGLAIS et SIMONET en 1929 à des souris mâles, appliquée systématiquement en cas de grossesse normale, semble montrer une constance telle, qu'en cas de faillite de la clinique devant une grossesse trop jeune, le laboratoire pourrait lui être substitué. Il était intéressant de savoir si cette méthode donnait également des résultats dans le cas de grossesse ectopique. WODON rapporte que la réaction d'ASCHEIM-ZONDEK est positive chez les femmes atteintes de grossesse tubaire tant que l'œuf est vivant ; peu après la mort de celui-ci la réaction devient négative. Ainsi cette méthode permettrait deux diagnostics : des examens répétés pourraient d'abord montrer l'existence d'une grossesse extra-utérine ; dans la suite elle servirait de réaction-témoin de la vie de l'œuf, ce qui n'est pas sans importance pour le pronostic. LAFFONT et CHIAPPONI ont rapporté un cas de grossesse extra-utérine jeune où la réaction d'ASCHEIM-ZONDEK fut positive : une souris impubère reçut deux injections par jour de 0,4 cm³ d'urines filtrées et acidifiées légèrement par de l'acide acétique ; au 5^{me} jour des injections, la souris réagit de la même façon que celles du même lot injectées avec les urines de femmes ayant une grossesse normale : le vagin s'est ouvert spontanément et a laissé écouler la sécrétion abondante, caséuse contenant de nombreuses cellules kératinisées, indice de la période de rut ; à l'autopsie on trouve les organes génitaux très hypertrophiés, les

ovaires augmentés de volume, de poids et hyperhémisés.

BOURG, dans un article récent, a rapporté les résultats obtenus avec ce qu'il nomme « le test d'Ascheim-Zondek modifié ». C'est la réaction initiale de ces auteurs appliquée à des rats mâles et femelles de 1 mois environ, auxquels il injecte quotidiennement 1,1 cm³ d'urines à examiner, et qu'il sacrifie à la fin du 5^{me} jour. Le même échantillon d'urine peut être utilisé les cinq fois, car la substance active ne s'altère pas. Dans trois cas de grossesse extra-utérine diagnostiquée cliniquement, la réaction fut positive chaque fois chez le mâle et chez la femelle. Dans ces cas douteux la réaction d'Ascheim-Zondek modifiée permit d'établir le diagnostic de gestation ectopique durant toute la période de vie de l'œuf et pendant 8-10 jours après sa mort ; il cite deux observations où la réaction fut positive, il s'agissait une fois d'une hématocele, une fois d'hématosalpinx ainsi que le montra l'intervention.

Procédé de Gernez et Moulonguet. — MM. GERNEZ et MOULONGUET viennent de rénover un moyen de diagnostic préconisé auparavant par LECENE. Ce procédé est fondé sur l'examen de la muqueuse utérine obtenue par curetage explorateur. On sait que lorsqu'un ovule est fécondé, la muqueuse utérine répond à une incitation probablement endocrinienne en s'hypertrophiant et en se dédoublant en deux couches : l'une externe qui formera la caduque, l'autre interne qui régénérera la muqueuse après expulsion du fœtus. Il est nécessaire que cette transformation déciduale se produise avant l'arrivée de l'œuf dans la cavité utérine : s'il ne trouve pas de conditions favorables à sa nidation, il sera expulsé. Donc,

cette modification a lieu dans tous les cas, aussi bien de grossesse utérine que de grossesse extra-utérine. Mais, ce qui est conditionné par la présence même de l'œuf c'est la formation de villosités placentaires qui naissent à un niveau variable de la cavité utérine ou en dehors de cette cavité. Cliniquement, on peut se trouver en présence d'un cas voisin du schéma suivant : une femme vient consulter pour retard de règles, métrorragies de sang rouge vif, douleurs abdominales ; l'examen permet de reconnaître un col entre-ouvert, un utérus normal, un cul de sac de Douglas libre et indolore et parfois une masse plus ou moins douloureuse dans un cul de sac latéral. Trois hypothèses peuvent se présenter à l'esprit :

Celle d'une fausse-couche jeune avec rétention placentaire,

Celle d'une gestation ectopique en évolution, non compliquée,

Celle enfin, d'une salpingo-ovarite évoluant sans phénomènes généraux, mais entraînant des troubles dysménorrhéiques.

Si l'on pratique alors un curetage explorateur avec une curette fine et si l'on fait examiner tous les fragments de muqueuse ramenés, trois cas peuvent se présenter :

a) La caduque porte des villosités placentaires, il s'agit donc d'un avortement au cours d'une grossesse jeune, avec rétention placentaire.

b) La muqueuse utérine présente bien les signes d'une réaction déciduale, mais un examen très attentif n'a pu permettre de déceler l'existence de villosités. On se trouve donc en présence d'une réaction de la muqueuse au cours d'une grossesse extra-utérine. Il ne s'agit que d'une « fausse-caduque ».

c) Enfin l'aspect de la muqueuse utérine n'est pas celui d'une membrane de grossesse ; il s'agit donc d'une salpingite.

Ce procédé peut intervenir pour préciser un diagnostic de gestation ectopique, ou pour rectifier un diagnostic : par exemple dans le cas où après curetage pour avortement l'examen macroscopique des débris fait naître des doutes sur la réalité de l'hypothèse primitive. Dans un cas cependant on peut discuter le diagnostic de grossesse extra-utérine : c'est celui de dysménorrhée membraneuse, affection qui s'accompagne aussi de réaction déciduale de la muqueuse utérine sans formation de villosités. Mais il s'agit cliniquement d'un phénomène récidivant sans aucun autre signe de grossesse ectopique ; le diagnostic ne peut être délicat que pour le laboratoire qui examine la pièce sans renseignements cliniques. Cette méthode pourrait donc fournir de très utiles renseignements dans les cas douteux. Mais il y a à son application quelques difficultés : il faut pouvoir faire appel à un laboratoire bien outillé qui examinera minutieusement tous les débris de muqueuse ramenés par le curetage, sinon dans un cas de rétention placentaire très limitée, le diagnostic risquerait d'échapper. Enfin on peut faire une très grave objection à ce procédé : c'est qu'il nécessite l'introduction d'une curette dans l'utérus. On ne peut être autorisé à faire un curetage que lorsqu'on est sûr que la cavité utérine est vide du produit de la conception. La question peut être épineuse quand il s'agit de distinguer une grossesse extra-utérine d'une fausse-couche jeune ; l'avortement s'est-il réellement effectué, ou la femme a-t-elle intérêt à l'affirmer ? Cette méthode ne semble devoir intéresser que comme moyen de contrôle des autres

symptômes quand on perçoit une masse dans un cul de sac dont il s'agit de savoir si c'est ou non une grossesse extra-utérine en évolution.

Radiographie. — Après avoir utilisé la radiographie pour le diagnostic de la gestation normale, il était tout naturel de chercher les renseignements qu'elle pouvait fournir dans les cas de grossesse ectopique. Des essais furent tentés dans ce sens qui amenèrent les auteurs à la conclusion que le fœtus ne pouvait pas être décelé avant la moitié de son évolution. Ainsi s'écroulait l'hypothèse émise par certains auteurs qu'un œuf ectopique devait être plus facilement visible puisqu'il n'était pas masqué par la paroi utérine.

Après avoir obtenu des clichés positifs, la question se posa de savoir si la grossesse était intra ou extra-utérine. En effet, rares sont les cas qui ne prêtent pas à discussion.

DE LÉE a rapporté en 1917 une observation dans laquelle la tête fœtale se voyait sous les côtes, et le bras du fœtus étendu sur le côté droit du foie maternel. A la suite d'EDLING, des auteurs ont essayé de faire le diagnostic du siège d'après la position du fœtus : s'il est asymétrique la grossesse est extra-utérine, mais s'il est placé symétriquement, on ne peut conclure car un fœtus placé en avant de l'utérus se projètera sur le film comme s'il était intra-utérin. On a cherché aussi à faire le diagnostic d'après l'image du fœtus en admettant que lorsqu'il présente des signes de compression il est extra-utérin : dans une observation de CATHALA de gestation ectopique confirmée par l'intervention, on pouvait voir sur le cliché un fœtus en « boule », le corps et les membres inférieurs s'enroulant autour de la tête. Ce signe est

également infidèle, car une tumeur utérine ou placentaire, une malformation utérine, un oligo-amnios peuvent provoquer des anomalies de l'aspect du fœtus.

Aussi, puisque la gestation en elle-même ne permet pas de tirer des conclusions suffisantes, il a fallu chercher une autre technique. L'idée est alors venue de fixer la position de la cavité utérine en y introduisant un corps opaque. C'est dans ce but que fut reprise l'injection intra-utérine de lipiodol. Cette méthode avait été employée à son origine pour poser le diagnostic de grossesse extra-utérine : l'image révélant que le liquide opaque, visible dans l'utérus et une trompe, était arrêté plus ou moins loin dans l'autre trompe en y dessinant même parfois une image lacunaire. Plusieurs objections furent faites à cette méthode, la principale étant le danger qu'il y a à introduire un corps dans une cavité utérine dont on veut savoir si elle est vide. Si la clinique est en défaut, ne risque-t-on pas de déclencher un avortement si la grossesse est intra-utérine ? USLENGHI, MARTINEZ et HEUSER nient avoir réussi à provoquer avec cette méthode un avortement qu'ils cherchaient à obtenir dans un but thérapeutique ; BAKKE rapporte l'emploi satisfaisant de ce procédé dans 17 cas. Par contre, MILLER et MARTINEZ ont eu trois cas d'avortement sur quinze grossesses jeunes ainsi diagnostiquées. Cette méthode a, dans l'ensemble, rencontré peu de faveur près des auteurs. Du reste, si la cavité utérine est vide que verra-t-on à la radiographie dans un cas de grossesse extra-utérine ? : dans les cas les plus typiques une image d'opacification segmentaire. Cette image peut également se rencontrer dans d'autres affections : salpingite, compression de la trompe par des tumeurs voisines de l'ovai-

re, du ligament large ou de l'utérus ; l'imperméabilité de la trompe peut être due simplement à un spasme. Par contre ce signe peut manquer dans des cas de grossesse ectopique, s'il s'agit de grossesse ovarienne ou abdominale. Les renseignements qu'apporte cette injection sont peu satisfaisants et la méthode n'est pas exempte de dangers. Pour que le diagnostic puisse s'appuyer sur l'image fournie par l'hystero-salpingographie, il faut que cette image reproduise fidèlement le moule interne de l'utérus et des trompes ; pour arriver à ce résultat il faut que l'on ait injecté le lipiodol sous pression suffisante après avoir réalisé une bonne occlusion du col. La pression obtenue risque de provoquer la rupture ou l'avortement tubaires.

Il a donc fallu abandonner l'idée de l'hystero-salpingographie telle que nous venons de l'exposer. Mais l'injection de lipiodol fut reprise dans le but de dessiner seulement l'image de la cavité utérine pour en déterminer la position par rapport à celle d'un fœtus dont la présence a été décelée par un cliché antérieur. Il nous semble qu'employée dans ce seul but la méthode est exempte de dangers : l'instrumentation actuelle due à BECLÈRE permet de connaître même dans l'obscurité de la salle de radiographie la pression sous laquelle le lipiodol est injecté ; la pression dans ce cas n'a pas besoin d'être aussi forte que lorsqu'il faut injecter également les trompes.

Du reste, si on ne dispose pas de cette instrumentation, il est facile de suivre à l'écran la progression du lipiodol. On suspendra l'injection avant le passage du liquide opaque dans les trompes, dès qu'il aura rempli la cavité utérine. Pour COUVELAIRE et CATHALA cette méthode doit être réservée aux cas où le

diagnostic de grossesse ectopique a déjà été posé et où l'on cherche seulement un moyen de confirmation.

Nous devons à MM. VIALLET et JAHIER une observation de grossesse ectopique avec radiographie :

« Mme P. entre le 17 août 1926 à la Maternité d'Alger
« parce que depuis trois semaines elle ne perçoit plus les
« mouvements du fœtus qu'elle ressentait auparavant. Cet
« arrêt fut précédé à terme d'une crise douloureuse pendant
« trois jours avec expulsion de sang et de débris comparés
« à de la chair. L'examen montre une présentation du siège.
« On ne perçoit pas d'alternatives de contraction et de relâ-
« chement de la paroi qui la renferme ; on n'entend pas les
« bruits du cœur fœtal. Au toucher le col est dur.

« Dans les jours suivants le volume de l'abdomen diminue ;
« le 20 septembre on sent le col en arrière d'une tumeur
« située dans le cul de sac rétro-vésical. Un cathétérisme
« montre une cavité utérine déviée à gauche, ne mesurant
« que 8 cms. On pratique sous écran, avec une canule de
« Braun une injection intra-utérine de lipiodol dont on fixe
« l'image quand la progression est jugée suffisante.

« L'examen du film permet les constatations suivantes : la
« cavité utérine est totalement injectée par le lipiodol. Tel
« que, cet utérus ressemble à l'extrémité supérieure d'une
« canne dont le pommeau est dirigé vers la droite. Il s'agit
« là d'une matrice inclinée en avant au niveau de son isthme,
« mais cette angulation regarde vers la droite. Cette défor-
« mation de l'utérus et cette torsion sont dues à l'existence
« de l'énorme tumeur abdominale. La trompe droite est par-
« faitement injectée et paraît augmentée de longueur comme
« cela se voit dans le cas de tumeur incluse dans le ligament
« large. La trompe gauche, injectée dans sa portion juxta-
« utérine, est oblitérée à trois centimètres environ de son
« origine. L'examen du film confirme le diagnostic de pré-
« sentation du siège. Les détails du squelette fœtal sont assez
« flous mais on aperçoit nettement un crâne situé dans l'hy-
« pocondre gauche ; une cage thoracique et les os longs
« d'un membre inférieur.



Cliché du D^r VIALLET : in thèse J. CLAUSE

Radiographie de grossesse extra-utérine. Fœtus en présentation du siège ; tête dans l'hypocondre gauche, thorax flou, dans l'hypocondre droit.

L'utérus et la trompe droite sont injectés par le lipiodol ; la trompe gauche est seulement injectée dans sa portion juxta-utérine.

« De l'examen clinique complété par la radiographie résulte le diagnostic de *grossesse extra-utérine tubaire gauche ayant dépassé de trois mois la mort du fœtus à terme*.
« *Le kyste fœtal est situé dans le cul de sac vesico-vérin et refoule l'utérus à droite et en avant.*

« Cette malade fut opérée le 20 octobre par M. le Dr FERRARI. L'intervention confirma en tous points le diagnostic ; l'extirpation fut facile, les suites opératoires furent parfaites. »

La localisation de la cavité utérine ne fut pas seulement tentée à l'aide de l'injection de lipiodol. ZUHRELLE en 1921 fit une radiographie après introduction d'une sonde ; PORTES, DESNOYERS et LEBLANC en 1929 ont, également dans ce but, insinué aussi loin que possible dans l'utérus une sonde de Nélaton renfermant un fil de plomb ; l'utérus se situe par rapport au fœtus grâce à deux clichés : l'un de face, l'autre de profil. CATHALA voit à cette méthode l'avantage de renseigner sur les dimensions et la direction de la cavité utérine. Mlle CLAUSSE, dans une thèse récente a précisé au contraire les avantages de l'injection de lipiodol : interprétation plus facile dans la lecture du cliché ; précision plus grande sur la situation du fœtus par rapport à l'utérus ; possibilité d'éliminer les causes d'erreur tenant à des anomalies de la cavité utérine, le liquide dessinant tous les contours.

ALBANO a cherché à préciser une technique nouvelle permettant un diagnostic de grossesse jeune dans le premier ou le deuxième mois sans nuire à la vitalité du fœtus. Après essai de substances différentes il s'est arrêté aux injections intra-veineuses de « tetra-iode-phénol phtaleinate de sodium ». Ces injections ne déterminent aucun trouble chez la mère ; trente minutes après, le produit étant passé dans le liquide amniotique, l'œuf opaque peut s'ins-

crir sur le film. Cette méthode est encore trop récente pour que l'on puisse avoir une idée exacte de sa valeur. Nous ne savons si elle a été utilisée pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine, mais il n'y a, à priori, rien qui s'y oppose.

Diagnostic Différentiel

Diagnostic Différentiel

Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine en évolution est délicat pendant les premiers mois car, le plus souvent, elle ne se manifeste que par des signes vagues. Cette affection peut présenter des formes et des aspects cliniques très différents. Il n'est pas rare d'observer des femmes ayant une grossesse ectopique chez lesquelles ont été portés les diagnostics de grossesse normale, fibrome, kyste de l'ovaire... ou bien chez qui une retro-flexion utérine a été prise pour une masse tumorale. Les signes fonctionnels sont parfois tellement voisins de ceux d'une grossesse normale que l'on voit des femmes se soumettre à des manœuvres abortives ou avaler des drogues pour se libérer. Aussi, nous proposons nous ici de résumer brièvement les symptômes qui doivent faire penser à une grossesse extra-utérine, puis d'étudier le moyen d'éviter les causes d'erreur.

Une femme présente des troubles menstruels consistant le plus souvent en une aménorrhée ou un retard de 15 à 20 jours ; elle accuse une sensation de pesanteur au niveau des seins qui laissent écouler à la pression un peu de colostrum. Au lieu du flux menstruel se sont installés de petits écoulements de sang foncé qui durent quelques jours puis s'arrêtent et où la femme a quelquefois remarqué des débris membraneux. Enfin, et c'est là le point qui doit être mis en vedette, la malade présente depuis qu'elle accuse quelques signes de grossesse, des douleurs vagues dans le bas-ventre, qui y sont généralisées et qui irradient vers les cuisses, les lombes ou l'anus. Elles consistent en une sensation de tirail-

lement, de torsion des organes pelviens, sont parfois exacerbées en des crises plus violentes. Quel que soit le moyen employé, la malade n'arrive pas à faire taire ces douleurs : le repos prolongé dans l'immobilité absolue, la glace sur le ventre, ou les compresses chaudes, les antinévralgiques, la vaccination polyvalente, tout échoue. Orienté par ces douleurs continues et par les signes fonctionnels vers une grossesse évoluant anormalement le clinicien va rechercher les signes physiques qui peuvent exister. Au toucher et au palper combinés, il sentira deux tumeurs, quelquefois voisines, quelquefois nettement distinctes. Le col difficile parfois à découvrir, souvent plaqué derrière la symphyse pubienne est légèrement ramolli, son orifice externe est généralement fermé. En suivant le col on arrive sur l'une des masses pelviennes perçues, et qui est l'utérus hypertrophié et également un peu mou. L'autre tumeur est une masse plus ou moins facile à distinguer de l'utérus et donnant parfois l'impression de se continuer avec lui. Elle est ronde, molle, ses contours sont nets ; elle est peu douloureuse à la pression, ce qui contraste singulièrement avec les douleurs abdominales que la malade accuse spontanément. Cette tumeur a une certaine mobilité, mais celle-ci disparaît progressivement tandis que la tumeur augmente de volume : on comprend, en effet, que les adhérences se font plus nombreuses et plus serrées au fur et à mesure de l'évolution. A l'intérieur de ce kyste fœtal on peut percevoir des parties fœtales. Pour HORROCKS, la tumeur est pulsatile ; MECK a signalé des contractions intermittentes de la trompe gravide perceptibles au palper bimanuel.

Tel est le faisceau de symptômes qui doivent faire penser à une grossesse extra-utérine. Sont-ils suffi-

sants pour être opposés aux signes propres des affections avec lesquelles il ne faut pas confondre une gestation ectopique ?

Grossesse normale. — En présence de signes communs à la grossesse normale et à la grossesse ectopique, comment arrivera-t-on à définir la position du fœtus ? Le seul signe clinique qui permette ce diagnostic est la perception d'alternatives de durcissement et de ramollissement de la paroi qui contient la grossesse. Nous savons que l'utérus se contracte sur son contenu en cas de grossesse utérine, en dehors des contractions du travail. En cas de doute les cliniciens essayent de réveiller ces contractions en frictionnant la paroi abdominale : on provoque ainsi le durcissement de l'organe qui coïncide avec la disparition des parties fœtales. Ce moyen de provoquer la contraction utérine est infidèle. Mais nous possédons grâce aux d'extract de lobe postérieur d'hypophyse (environ nir. C'est à REEB que nous le devons, encore qu'il ne fasse que rappeler la méthode de LORRINCZ (1). Le procédé consiste à injecter une petite quantité d'extract de lobe postérieur d'hypophyse (environ 0,4 cc) et à observer la réaction de l'utérus. En cas de grossesse utérine on constate de 20 à 40 secondes après, par le toucher bi-manuel, qu'une onde de contraction passe sur l'utérus qui devient d'abord très consistant puis d'une dureté ligneuse. Le phénomène dure de 2 à 3 minutes puis tout rentre dans l'ordre.

Cette réaction est positive en cas de grossesse utérine à partir de la 8^e ou 10^e semaine. Elle ne serait pas plus douloureuse qu'une contraction physiolo-

(1) LORRINCZ : Zentral. fur Gyn. ; n° 12, 1928.

gique. D'après REEB, elle est sans danger pour la mère et pour l'enfant. L'auteur n'a jamais constaté d'avortement à la suite de ces injections ; il cite à l'appui de sa thèse des statistiques faites en Allemagne qui arrivent au même résultat. Ainsi cette méthode permet le diagnostic entre une grossesse extra-utérine et une grossesse normale, et entre une grossesse utérine et une tumeur pelvienne.

A côté de ce procédé qui n'est en somme que l'exagération à volonté d'un phénomène physiologique, la radiographie a voulu aussi trancher le diagnostic. Nous avons vu en étudiant cette question qu'elle nous offre deux moyens de localiser le fœtus par rapport à la cavité utérine : l'injection de lipiodol et le procédé employé par PORTES, DESNOYERS et LEBLANC : introduction dans l'utérus d'une sonde de Nélaton rendue opaque ; il faut remarquer que dans ce dernier cas les auteurs avaient posé préalablement le diagnostic de mort fœtale sur le vu du chevauchement des os du crâne et de la forme en bis-sac de la tête. Comme ces procédés sont employés quand il y a doute sur la situation du fœtus, il est dangereux d'introduire une sonde ou un liquide dans la cavité utérine : l'avortement est le minimum que l'on risque si la grossesse est intra-utérine.

Pour la même raison on n'utilisera que rarement la pratique du toucher intra-utérin bien qu'il soit un moyen certain de diagnostic ; il permet de constater la vacuité de l'utérus. Il ne faudra l'employer que lorsqu'on aura de fortes présomptions de grossesse ectopique : ce sera un moyen de contrôle quand tous les autres procédés auront été employés.

La grossesse extra-utérine doit être également différenciée de quelques affections gynécologiques :

Fibrome. — Le diagnostic sera facile quand il s'agira d'un fibrome typique composé de plusieurs noyaux qui donnent à l'utérus un aspect bosselé facilement perçu au toucher. La distinction est plus délicate quand il s'agit d'un petit fibrome isolé. Les localisations qui prêtent le plus à confusion sont les fibromes sous-péritonéaux pédiculés, formant tumeurs qui peuvent s'élever très haut dans l'abdomen en restant mobiles ou en contractant des adhérences. Par la longueur de leur pédicule ces fibromes peuvent être le siège de petits phénomènes de torsion incomplète se traduisant par des crises douloureuses simulant les douleurs de la grossesse extra-utérine. Plus rares sont les fibromes postérieurs se développant dans le Douglas et que l'on peut prendre pour une trompe gravide prolapsée, ou les fibromes latéraux qui se développent entre deux feuillets du ligament large.

Le fibrome cependant ne cause pas de troubles menstruels aussi nets que ceux de la grossesse ectopique : au lieu d'une aménorrhée ou de pertes sanguines continues et douloureuses le fibrome provoque surtout des ménorragies dans l'intervalle desquelles il est bien toléré. Il ne s'accompagne pas des signes sympathiques ou des modifications que l'on constate dans la grossesse. Enfin dans les caillots rejetés au cours d'une grossesse extra-utérine on peut retrouver une caduque et parfois, à l'examen microscopique, des villosités choriales (PILLIET).

Salpingite. — La femme qui fait une salpingite a toujours un passé génital que l'interrogatoire doit mettre en évidence : cette affection s'associe le plus souvent à de la métrite. Aussi existe-t-il de la leucorrhée, tandis que les troubles

menstruels sont rares : il s'agit de dysménorrhée plutôt que de modifications des caractères du flux menstruel. Les douleurs de la salpingite surviennent par crises provoquées par la fatigue, la menstruation, les voyages, le coït ; elles sont améliorées par le repos, la vaccination et le glaçage du ventre. Elles retentissent sur les viscères pelviens déterminant de la cystalgie, du ténesme rectal, parfois de la rectite glaireuse. L'état général est atteint au cours des crises salpingiennes : la température est aux environs de 38°-38°5 et peut s'élever davantage ; cette fébricule traduit le degré d'infection qui existe et que l'on peut mettre en évidence par des examens de sang : la formule leucocytaire montre une hyperleucocytose parfois très élevée : 12.000-15.000, avec polynucléose. Enfin, à l'examen physique la salpingite est plus souvent bilatérale, tandis que la grossesse ectopique n'existe généralement que d'un seul côté. Au toucher la pression d'une trompe enflammée est très douloureuse tandis que celle d'une trompe gravide l'est beaucoup moins ; il y a souvent réaction du cul de sac, qui est empâté, associée à la salpingite. Enfin celle-ci ne s'accompagne jamais de présence de colostrum ou de signes sympathiques de grossesse.

Hydrosalpinx. — L'hydrosalpinx est une affection muette, car il représente le plus souvent un kyste à contenu aseptique ou une collection dont les microbes ont une virulence très atténuée. Aussi le diagnostic sera-t-il fait en réunissant tout un ensemble de signes négatifs : il n'y aura ni les symptômes des salpingites, ni ceux d'une grossesse ectopique.

Les tumeurs conjonctives de la trompe (fibro-myomes et sarcomes) ont

des symptômes très variables dont les moins inconstants sont les douleurs et la perception au toucher d'une tumeur juxta-utérine, régulière, dure, indolore, mobile ou non. Il est rare que l'on fasse le diagnostic de néoplasme de la trompe ; on pense plutôt à une salpingite. Il n'y a pas là non plus de signes de grossesse et les règles sont rarement modifiées.

Il est exceptionnel que l'on ait à différencier le cancer de la trompe d'une grossesse extra-utérine. La malade est ici près de la ménopause, la masse juxta-utérine est douloureuse, l'écoulement séropurulent, parfois hématique est malodorant.

Le kyste de l'ovaire quand il est situé dans le ligament large est difficile à différencier. Les douleurs sont dues à des compressions nerveuses et au lieu d'être diffuses suivent le trajet de certains nerfs : crural, sciatique, obturateur. L'aménorrhée est rare : une fois sur cinq d'après GALLARD, les irrégularités menstruelles ne sont pas plus fréquentes. Au toucher la tumeur est lisse, régulière, donnant parfois la sensation de renitence ; elle peut être très mobile. L'utérus est souvent nettement séparé de la tumeur par un sillon ; le corps et le col ne subissent pas les modifications que l'on observe dans la grossesse. Enfin, au cours d'examen répétés, on ne constate pas d'augmentation du volume de la tumeur.

C'est dans ces affections à diagnostic délicat que la réaction d'ASCHEIM-ZONDEK peut rendre de grands services : BOURG l'a utilisé dans ces cas et le résultat de la réaction a toujours été confirmé par l'intervention.

Complications

Complications

LEURS SYMPTOMES. — LEUR DIAGNOSTIC

Voir arriver une grossesse extra-utérine au terme est une illusion dont il est interdit de bercer les malades : les statistiques nous le défendent. En effet, pour BACULESCU, le nombre de grossesses ectopiques qui évoluent jusqu'au bout est de 0,56 %. Aller au terme en risquant la mort tous les jours, assister à la mort souhaitée de l'enfant avec l'espoir de le voir se transformer en corps étranger est la perspective la plus agréable que les abstentionnistes peuvent faire miroiter aux yeux de leurs malades. C'est une évolution qui ne se présente que bien rarement.

L'aboutissement le plus normal d'une grossesse extra-utérine est l'interruption : pour DUNCAN elle est fatale avant la 12^{me} semaine. Cette interruption est l'origine de complications hémorragiques diverses que nous allons étudier successivement du point de vue de leurs symptômes et de leur diagnostic. Ces complications hémorragiques sont :

- l'avortement tubaire ;
- la rupture tubaire avec ses deux modalités :
 - l'hématocèle
 - et l'inondation péritonéale.

AVORTEMENT TUBAIRE

Au point de vue anatomo-pathologique, il consiste en une apoplexie de l'œuf sans rupture de la trompe. Au point d'insertion du placenta se produisent des hémorragies, au niveau de l'œuf existent des phénomènes de régression, sans qu'il soit possible de déterminer le phénomène primitif.

L'avortement tubaire peut revêtir deux formes qui sont sans doute fonction de l'âge de la grossesse :

Avortement tubo-abdominal. — Il faut que l'œuf soit très jeune pour qu'il puisse passer par l'orifice abdominal de la trompe ; il faut également que l'orifice soit perméable : nous avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique que les franges du pavillon s'accolaient et obturaient cet orifice.

Cette complication se traduit par de violentes douleurs répétées, parfois rythmiques dans le bas-ventre accompagnées de pertes sanguines assez abondantes. Le toucher vaginal montre un cul de sac douloureux parfois empâté. Un examen très attentif pourra déceler une petite tumeur juxta-utérine, mais l'éventualité est assez rare. Il est difficile d'éviter la confusion avec l'avortement d'une grossesse jeune. Comme il s'agit d'une grossesse très jeune, l'œuf se décolle en une seule fois, les hémorragies cessent très vite d'elles-mêmes, tout rentre dans l'ordre avec un peu de repos.

L'hématosalpinx est la forme qui se rencontre le plus souvent. Pour COUVELAIRE, l'interruption de la grossesse n'entraîne un hématosalpinx que si elle a lieu avant la 8^{me} semaine. Il estime, et PINARD avec lui, qu'après ce délai il y a rupture d'emblée de la trompe et non plus hématosalpinx. Enfin cette complication est fonction de la topographie : si l'œuf est greffé près de l'utérus, la rupture est à craindre, s'il siège près du pavillon, un hématosalpinx a plus de chances de se constituer. Cependant PILLIET a montré que dans ce cas les membranes ovulaires ne se détacheront pas d'un seul bloc : il reste donc après production de l'hématosalpinx des villosités choriales implantées dans les vais-

seaux maternels et qui peuvent donner naissance à de nouvelles hémorragies ; la rupture par hémorragies secondaires est encore à craindre.

Tableau clinique : une femme présentant depuis un mois ou deux des troubles menstruels est prise de douleurs à prédominance unilatérale survenant par crises soudaines et intenses, peu influencées par le repos. Elles peuvent avoir le type de coliques salpingiennes s'accompagnant d'irradiations ou de troubles de voisinage : constipation, diarrhée avec ténésme et parfois des métrorragies. Au toucher et au palper combinés on trouve un col ramolli, un corps



In FORGUE et MASSABIAU : Gynécologie
Avortement tubaire : l'œuf est engagé dans l'ouverture abdominale de la trompe.

augmenté de volume et mou ; dans l'un des culs de sac il existe une tumeur de volume variable, unilatérale ou empiétant sur le Douglas, douloureuse à la pression et qui donne la sensation de crépitation. Au cours de plusieurs examens successifs, on constate qu'elle augmente lentement de volume, malgré le repos et la glace sur le ventre que l'on a imposés à la malade.

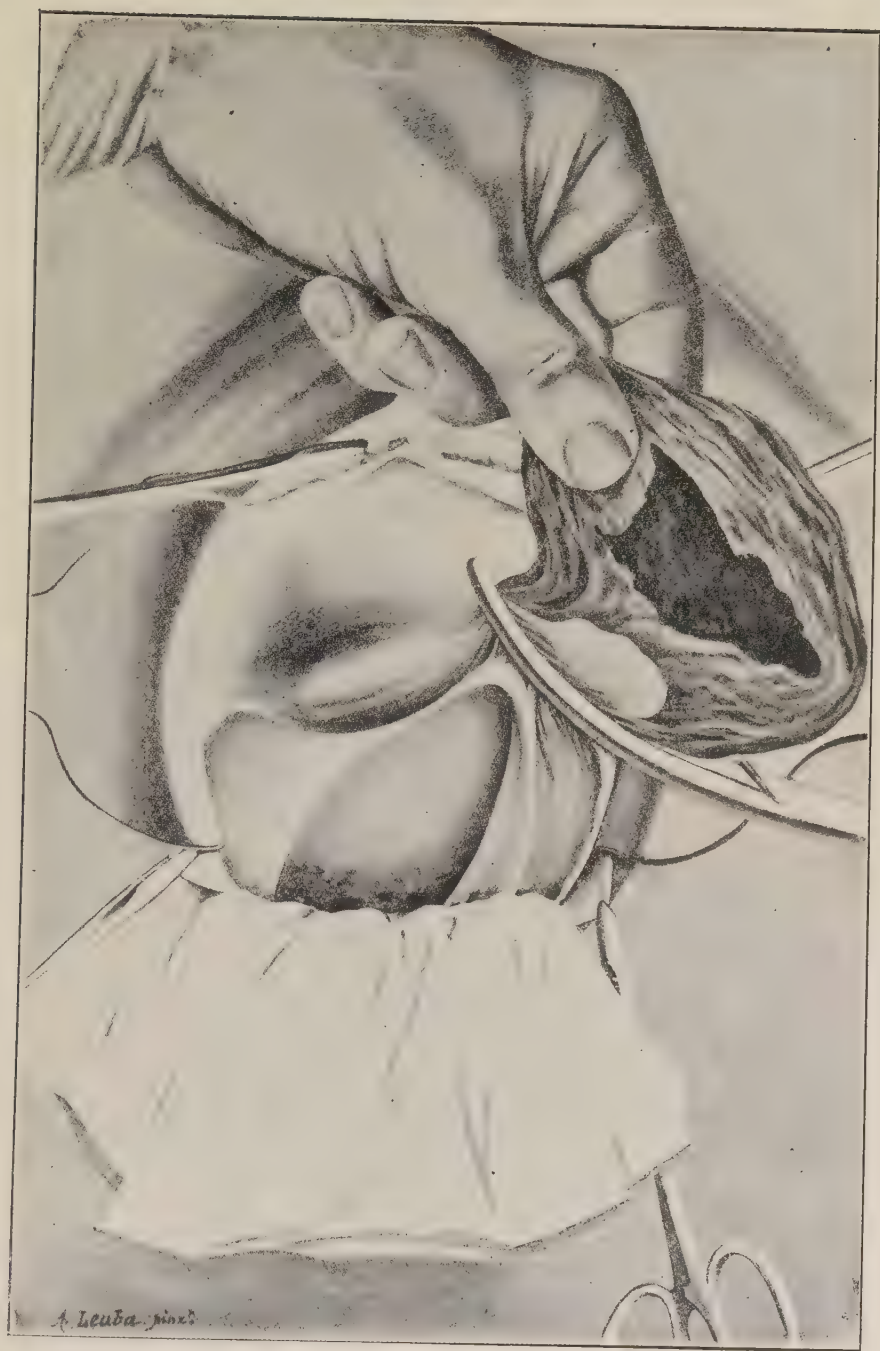
L'hématosalpinx doit se différencier de toutes les tumeurs para-utérines : fibromes pédiculés, kystes de l'ovaire, salpingite surtout. Les éléments du diagnostic différentiel sont ceux que nous avons décrits en étudiant la grossesse extra-utérine en évolution. Le gros élément en faveur du diagnostic d'hématosalpinx reste l'unilatéralité des signes coïncidant avec des métrorragies.

Si l'hématosalpinx est abandonné à lui-même, la résorption spontanée est possible, mais le risque n'est pas écarté de voir une rupture par hémorragie secondaire ou de voir s'établir un foyer de suppuration à ce niveau : si à ce moment la trompe distendue se rompt, la péritonite est fatale.

RUPTURE DE LA TROMPE

Si pour l'une des nombreuses raisons déjà étudiées se produit la rupture de la trompe, cet accident peut revêtir différents aspects cliniques et aboutir, selon qu'elle se produit en péritoine libre ou enkysté, à l'inondation péritonéale ou à l'hématocèle.

On tend à accorder une individualité propre au tableau clinique de l'une ou l'autre de ces éventualités. C'est souvent exact et cela en facilite l'exposé. C'est donc le plan que nous suivrons en faisant



In LEJARS : Chirurgie d'urgence
Rupture de grossesse tubaire

remarquer cependant que ce n'est pas toujours strictement vrai, surtout en ce qui concerne les signes de l'hématocèle.

Hématocèle. — Il est classique d'attribuer à l'hématocèle un début insidieux : la malade éprouve depuis quelque temps des douleurs vagues dans le bas-ventre avec quelques irradiations lombaires, en même temps qu'existe de petites poussées fébriles à 38°, 38°5. L'interrogatoire permet de retrouver des signes de grossesse, quelques petites pertes sanguines et met en évidence des troubles dus à la compression pelvienne : constipation, ténésme rectal, dysurie, pollakiurie.

A l'examen général de la malade on ne trouve pas la décoloration accentuée des muqueuses et des téguments qui existe dans les grandes hémorragies ; mais on remarque un léger subictère conjonctival dont la preuve est obtenue par l'examen des urines qui contiennent de l'urobiline. Cette constatation est à la base d'examens de laboratoire que nous verrons plus loin.

Au toucher vaginal, on sent une tuméfaction plus ou moins douloureuse qui bombe et déplisse le Douglas. On a la sensation d'une masse pateuse, mal limitée, fixée, au milieu de laquelle est perdu l'utérus. Cette masse peut empiéter sur l'un ou les deux culs de sac latéraux : sa topographie est fonction du point de rupture de la trompe et des adhérences qui existaient préalablement et qui endiguent la collection.

Au spéculum on note parfois une teinte ecchymotique de la paroi postérieure.

Ces signes survenant chez une femme présentant quelques symptômes de grossesse doivent faire pen-

ser à l'hématocèle. Il est facile de le vérifier par la ponction du Douglas qui ramène un sang poisseux et noirâtre. Le laboratoire nous vient également en aide en nous proposant trois méthodes.

La réaction de SIGALAS fonde le diagnostic sur la vitesse de sédimentation des globules. Nous n'avons pas trouvé l'explication de cette réaction dans l'article de l'auteur.

NORRIS met en évidence les produits de la résorption par la réaction de Gmêlin appliquée directement au serum sanguin, ou par la recherche au spectroscope.

AUTOSHIMA les met en évidence par une réaction colorée.

Méthode de Sigalas

Si on met dans un tube de verre du sang citraté, les globules rouges tombent au bout d'un certain temps au fond du tube et laissent au-dessus d'eux une couche claire de plasma. Pour SIGALAS, dans l'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine, la rapidité de la sédimentation est considérable ; la réaction est encore plus accentuée que dans les annexites aiguës. Il ne s'agit pas de l'hématocèle infectée en voie de suppuration, mais simplement d'une hémorragie collectée dans le péritoine. L'accélération de la vitesse de sédimentation paraît bien due à la présence de sang dans le péritoine, car l'auteur cite un cas d'hématosalpinx sans hématocèle où la réaction fut négative.

Matériel. — 1° Un tube de verre de 5 mms de diamètre gradué de 0 à 100 de façon que la graduation 100 corresponde exactement à 2 centimètres cube.

2° Une solution de citrate de soude à 4 % en ampoules de 1 cc.

3° Une seringue de 2 ccs bien graduée : seringue Record.

Technique : Aspirer 0,4 cc de citrate de soude. Par ponction veineuse aspirer 1,6 cc de sang, ce qui remplit la seringue de 2 ccs de liquide. Agiter pour rendre le mélange homogène et verser dans le tube spécial très sec, que l'on place verticalement dans un endroit à l'abri de toute secousse. Attendre 1 heure exactement avant de faire la lecture du degré atteint par la ligne de séparation des globules et du plasma.

A l'état normal la réaction atteint 75,80° ; dans l'hématocèle 40 et parfois 30.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé SIGALAS :

« La réaction de sédimentation peut donner des renseignements utiles lorsqu'on est en présence d'une tuméfaction pelvienne d'un diagnostic hésitant. Lorsque le degré de la réaction est abaissé (sédimentation très rapide) alors qu'on n'observe pas de phénomènes infectieux marqués, on est en droit de penser à l'existence d'une hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine et d'opérer sans tarder. »

En cas de doute sur l'existence ou l'absence d'infection, l'auteur conseille de faire une numération des leucocytes : une augmentation de polynucléaires indiquera que la lésion est une supuration des annexes.

Méthode de NORRIS. — A l'origine de cette méthode, l'auteur cite deux cas de rupture de grossesse extra-utérine. Dans le premier, un ictère était apparu 48 heures après la rupture et dura trois

jours après l'intervention ; dans le second, l'ictère, apparu presque immédiatement après la crise, disparut quatre jours après l'intervention. Dans les deux cas le foie était normal, les matières non décolorées. D'après l'auteur le sang épanché dans le péritoine, par hémolyse libre des pigments qui sont résorbés et provoquent l'ictère. La technique consiste à rechercher les pigments dans le serum sanguin soit à l'œil nu, soit au spectroscope. NORRIS cite un cas où le diagnostic hésitait entre une rupture de grossesse ectopique et un avortement avec rétro-version : le serum sanguin, jaune, donna une réaction de Gmélín positive ; à l'intervention il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue.

Réaction d'AUTOSHIMA. — AUTOSHIMA, en 1925, a employé la réaction au pyramidon pour déceler l'hématine dans le serum sanguin des femmes ayant une grossesse ectopique troublée. Technique : Quelques centimètres cubes de sang prélevés au pli du coude sont mis à l'étuve à 37° pendant une heure. On prélève le serum à la pipette et on le centrifuge deux fois. On dispose des solutions suivantes :

Solution alcoolique à 5 % de pyramidon
d'acide acétique à 50 %,
d'eau oxygénée à 3 %,

que l'on mélange dans les proportions du tableau ci-dessous :

	Tube I	Tube II	Tube III
Solution de pyramidon	3 ccs	2 ccs	1 cc
Alcool à 96°	0	1 cc	2 ccs
Eau oxygénée	VIII gtes	VIII gtes	VIII gtes
Acide acétique	VIII gtes	VIII gtes	VIII gtes
Sérum centrifugé	I gte	I gte	I gte

Dans les cas de grossesse extra-utérine interrompue, il se développe une coloration améthyste dans les

trois tubes, au bout de cinq minutes environ, qui disparaît un certain temps après. Le sérum et l'acide acétique déterminent un précipité de flocons blancs d'albumine qui ne gêne pas la réaction car il se dépose au fond du tube¹ tandis que la coloration apparaît. Les résultats positifs seraient toujours dus à la résorption du sang épanché, plus exactement de l'hématine. SVANOFF (1) a étudié la valeur de cette réaction en l'employant systématiquement : il l'a trouvée positive dans 93 % des cas de grossesse ectopique troublée ; il pense qu'il faut la considérer comme une réaction adjuvante, non comme une réaction de base.

Des auteurs ont voulu essayer de poser un diagnostic de complication hémorragique de grossesse tubaire par la numération des globules et l'établissement de la formule sanguine. C'est une question fort discutée car les résultats varient selon le délai qui s'est écoulé entre l'accident et l'examen.

Il paraît constituer un élément important de diagnostic s'il est pratiqué dans les premiers moments, ou au moins dans les cinq ou six premières heures qui suivent le début d'une affection abdominale aiguë. C'est la conclusion que l'on tire à la lecture de l'article du docteur DES CRESSIONIÈRES dans le numéro de juillet 1928 des « Archives Franco-Belges de Chirurgie ». Cet auteur, relatant les examens pratiqués dans ce sens depuis cinq ans dans le service du professeur VERHOOGEN, montre que dans la première demi-heure suivant la rupture il existe une hyperleucocytose considérable, oscillant entre 22.000 et 40.000 globules blancs et portant surtout

(1) SVANOFF : Zur diagnose der Graviditat extra-uterina. (Zent. f. Gyn., n° 9, 3 mars 1928.)

sur les polynucléaires ; la diminution des hématies ne commence que quelques heures plus tard. Cette méthode ne doit avoir de valeur qu'au début ; on comprend que dans la suite cette collection provoque une réaction de l'organisme, parfois même elle suppure ; numération et formule sont dans ce cas complètement faussées.

Si l'on n'intervient pas, la résorption peut se faire spontanément, mais au prix d'un repos prolongé, et laissera des adhérences. Eventualité plus grave, des poussées hémorragiques peuvent survenir à nouveau. Les hémorragies s'ajoutant aux hémorragies, l'état général ira en déclinant ; la malade sera de moins en moins en état de supporter une opération qui pourra peut-être s'imposer d'urgence dans la suite. Enfin, la suppuration peut survenir : c'est alors la nécessité d'abandonner la voie abdominale et de faire une colpotomie pour éviter que la collection purulente ne s'évacue d'elle-même par le vagin ou le rectum. Nous envisagerons, en étudiant la conduite à tenir, les inconvénients que présente la colpotomie vis-à-vis de la voie haute. Il est donc de l'intérêt de la malade que le diagnostic d'hématocèle ne passe pas inaperçu. Le médecin doit donc bien connaître les affections avec lesquelles il ne doit pas la confondre.

Dans sa forme péritubaire, l'hématocèle peut être difficile à différencier d'une salpingite ; mais dans l'hématocèle les douleurs surviennent par crises, ne sont pas influencées par le repos, sont unilatérales et s'accompagnent de clochers thermiques et non d'une température en plateau. Enfin on peut constater la présence de colostrum.

Dans sa forme enkystée, il ne faut pas confondre l'hématocèle avec une rétro-version adhérente, in-

flammatoire ; avec une réaction salpingienne, une pelvi-péritonite.

Le diagnostic, très délicat, est fondé sur un interrogatoire très serré et la ponction du cul de sac de Douglas qui ramènera du sang ou du pus.

La salpingite tuberculeuse, véritable abcès froid volumineux, s'accompagnant comme toute tuberculose de la femme, de troubles menstruels est un diagnostic qui ne se pose qu'à l'intervention.

Inondation péritonéale. — La plus grave complication de la grossesse extra-utérine est certainement la rupture tubaire s'accompagnant d'inondation péritonéale. Voici quelques chiffres saisissants que nous avons relevés dans la littérature.

Pour PUECH la mortalité est de 97 %,

PARRY elle est de 67 %,

MARTIN elle est de 63,1 %

CESTAN elle est de 85,8 %.

Enfin, MAYGRIER, dans sa thèse d'agrégation, a rapporté 9 cas de mort instantannée sur 86 ruptures mortelles.

Le tableau de l'inondation péritonéale est généralement celui de l'hémorragie cataclysmique. Il est rare qu'existent des signes prémonitoires ; c'est alors un malaise vague, du ténesme vésical, une sensation de pesanteur périnéale. Mais, le plus souvent il s'agit d'un accident dramatique survenant brutalement chez une femme de 25 à 35 ans, en bonne santé, qui parfois ne sait pas qu'elle est enceinte. Cette femme, en train de vaquer à ses occupations, ressent brusquement en un point assez précis de l'abdomen, une douleur suraigüe classiquement qualifiée

de « coup de poignard » tellement elle est soudaine. Cette douleur ne reste pas localisée, et se généralise bientôt à tout l'abdomen.

Mais, à côté de cette douleur locale existe un symptôme qui a pris droit de cité en Gynécologie sous le nom de *Douleur tardive élevée*, auquel les Roumains ont proposé depuis de donner le nom de *Signe de Laffont* et que notre Maître définissait ainsi dans le « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie » de 1919 :

« *La douleur tardive élevée, c'est l'apparition au cours d'une grossesse tubaire d'un point douloureux localisé dans la zone thoracique, scapulaire ou même thoraco-brachiale. Elle est tardive, c'est-à-dire qu'elle succède toujours ou presque toujours à la douleur pelvienne en coup de poignard de la fosse iliaque qu'il est classique de décrire dans la grossesse extra-utérine rompue. Elle est d'ailleurs complètement indépendante de la douleur pelvienne, pouvant apparaître sans que celle-ci se soit manifestée, pouvant persister alors que la première a disparu et que la trompe déchirée par la rupture a été enlevée.* »

Monsieur le professeur LAFFONT a résumé ainsi ses travaux sur le signe qui porte son nom :

« *La rupture d'une grossesse extra-utérine est fréquemment accompagnée d'une douleur élevée située dans la région diaphragmatique, épigastrique ou interscapulaire. Cette douleur suit de quelques minutes ou de quelques heures la douleur pelvienne... Elle se voit généralement dans les ruptures ayant occasionné une hémorragie importante.* »

Après avoir tout d'abord émis l'hypothèse — basée sur des faits observés avec précision — que ce

réflexe douloureux provenait de la distension du Douglas, LAFFONT a attribué récemment, plus largement, cette douleur à un réflexe qui suit la voie sympathique et qui a son point de départ dans la région pelvienne (Douglas, péritoine pelvien, etc...)

Depuis cette communication, des travaux ont été publiés sur le même sujet, et, tout récemment dans une thèse très documentée, EZES en étudiait la pathogénie : après avoir étudié les affections où se signe se rencontre, il l'apparente à une névralgie du phrénique irrité par un épanchement liquide ou gazeux atteignant le diaphragme, ou au réflexe viscéro-sensitif de ROSS, HEAD et MACKENZIE.

« Dans les cas plus nombreux (qu'il s'agisse d'épanchements, limités au pelvis, ou d'une atteinte isolée des annexes sans épanchement ni réaction péritonéale), on peut admettre que ces algies cutanées à siège élevé sont des douleurs cérébro-spinales parvenant au système nerveux par l'intermédiaire du sympathique. » (EZES).

Au symptôme « douleur » s'ajoutent bientôt des signes d'hémorragie interne :

les muqueuses et téguments sont décolorés, de teinte cireuse, le nez est pincé ; les extrémités se refroidissent et la malade se plaint d'une sensation de froid généralisé ; la respiration est superficielle, le pouls petit, filant, accéléré ; une sueur froide couvre la face ; la température est basse ; la malade accuse une sensation de soif intense ; souvent elle s'évanouit.

A ce tableau s'ajoutent souvent des frissons, survenant au moment de la rupture ; des vomissements d'autant plus fréquents que la crise est plus intense, de la constipation, et des signes urinaires cons-

tituant le syndrome vésical de HERZFELD : il consiste en de la pollakiurie et du ténesme vésical et traduit une réaction péritonéale.

Examen physique. — La paroi abdominale est distendue si l'hémorragie est abondante, sans défense ni contracture; elle est, au contraire, flasque sous l'influence de l'hypotonie musculaire générale. Elle est douloureuse.

On peut trouver une coloration bleue au niveau de l'ombilic rappelant la coloration d'une ecchymose. C'est le *Signe bleu* de CULLEN (HOFFSTAETTER, CULLEN, HELLENDAL) ou « hématomphalos ». Ce signe rarement observé ne peut exister qu'en cas de transparence de la paroi abdominale. De plus, il est peu fidèle, car on le retrouve dans d'autres affections : STERNBERG l'a observé dans l'adénosarcome du foie ; KAPSINOW le constate chez une fillette de 5 ans opérée pour sarcome du rein. Il est vrai que dans ces deux cas il existait du sang dans la cavité abdominale. Enfin HANDLEY le signala chez une femme de 60 ans atteinte d'un kyste de l'ovaire.

La percussion révèle quelquefois de la matité dans les flancs.

Au toucher vaginal, le col est mou et entr'ouvert, le corps est hypertrophié et dévié ; dans un cul de sac latéral on perçoit la masse annexielle.

L'examen du cul de sac de Douglas est particulièrement important. A la palpation profonde on détermine une douleur vive et perçante, même chez la femme en demi-syncope. A cela s'ajoute une parfaite dépressibilité des parties. Ce signe constitue le *cri de Douglas* de PROUST ou *signal d'alarme* de BANKI. Il n'est malheureusement pas constant, mais lorsqu'il existe, son importance est capitale, car ii

permet de différencier une inondation péritonéale d'un simple avortement. On note quelquefois une hémorragie externe de sang rouge noirâtre, peu abondant ; mais elle manque souvent.

Ce qui doit nous conduire à poser le diagnostic d'inondation péritonéale c'est la douleur brutale en coup de poignard, la douleur élevée quand elle existe, les signes d'hémorragie interne grave chez une jeune femme, survenus sans cause apparente.

On peut confondre l'inondation péritonéale avec les hémorragies intra-péritonéales d'origine non tubaire telles que celles causées par la rupture d'un kyste hématique, ou le saignement d'un corps jaune.

G. PASCALIS, dans un article récent (Gaz. des Hôpitaux : n° 90, 11 novembre 1931) cite un cas d'hémorragie interne due à un fibro-myome : le sang ne pouvant s'épancher par en bas avait reflué dans la cavité abdominale par l'ostium abdominale des trompes. A l'intervention, le ventre était rempli de sang non coagulé comme s'il se fut agi d'une inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire. A l'examen, de la pièce obtenue par hystérectomie, il s'agissait d'un fibro-myome intra-mural du tiers inférieur ; les deux tiers supérieurs étaient distendus, mous, fluctuants, remplis par un gros caillot que l'orifice cervical atrésié n'avait pas permis d'évacuer.

On aura parfois une grande difficulté à différencier l'inondation péritonéale d'un avortement : dans les deux cas le praticien se trouve en présence d'une femme en proie à de violentes douleurs hypogastriques, qui expulse du sang mêlé de caillots et souvent de débris de caduque. Il faudra penser à une rupture de grossesse extra-utérine en présence de si-

gnes généraux intenses : pouls à 140-180, température normale ou abaissée, pupilles dilatées, facies anxieux, muqueuses décolorées, en discordance avec la quantité de sang perdue par le vagin.

Il faudra éliminer aussi la péritonite : On peut être conduit à y penser par l'anamnèse : la femme avouant des manœuvres abortives pratiquées après qu'elle eut constaté des signes de grossesse. Le facies péritonéal est différent de la pâleur cireuse des téguments décolorés ; la température est élevée dans la péritonite ; l'abdomen hyperesthésié et contracturé, les vomissements fécaloïdes doivent la faire écarter.

Diverses affections à début brutal sont également à éliminer.

La pelvi-péritonite franche débute brusquement par une douleur violente, aiguë, avec des poussées d'accalmie coupées de paroxysmes. Ce début pourrait en imposer pour celui d'une hématoçèle s'il n'était suivi de phénomènes généraux témoignant d'une infection grave : frissons légers ou violents, nausées, vomissements ; la palpation de l'abdomen est excessivement douloureuse et provoque la contracture de la paroi. La fièvre est modérée mais le pouls rapide, précipité, petit, en discordance nette. Ce sont ces signes qui doivent faire poser le diagnostic de pelvi-péritonite. Les antécédents non plus ne sont pas à négliger : la notion d'écoulement blennorragique récent, de salpingite, de manœuvres abortives sont autant de raisons qui doivent faire incliner vers la pelvi-péritonite. Au contraire, l'absence de règles, les signes d'hémorragie interne feront penser à une hématoçèle. Enfin, la ponction exploratrice du cul de sac de Douglas est un moyen précieux et souvent décisif de déterminer la nature

de son contenu quand on y perçoit une masse tumorale.

Notre Maître, M. le Professeur Agrégé FERRARI a bien voulu nous communiquer deux observations qui illustrent bien la difficulté de ce diagnostic :

Observation I. — Mlle C... Berthe, nous est amenée à la clinique en avril 1923 pour un syndrome douloureux abdominal.

Ayant eu un retard de deux mois et éprouvant tous les symptômes d'une grossesse, elle va consulter une sage-femme, qui sur sa demande lui place une sonde dans l'utérus. La madame éprouve quelques douleurs, perd du sang, et la sage-femme la renvoie chez elle après lui avoir montré une masse de caillots en lui affirmant que tout était sorti. Le lendemain, la malade éprouve de violentes douleurs dans l'abdomen et présente un état syncopal qui nécessite l'appel d'un médecin, qui jugeant l'état grave, l'envoie à la clinique.

A l'examen, on constate une tumeur au-dessus de l'arcade crurale droite, s'étendant dans la région hypogastrique, et très douloureuse. Au toucher, on perçoit un empatement diffus et très douloureux des culs de sac ; la température est à 38°3, le pouls rapide. En raison des manœuvres abortives antérieures, et de cette température, nous pensons tout d'abord à la possibilité d'une infection péri-utéro-annexielle. Nous mettons la malade en observation avec une poche de glace sur l'abdomen. Le soir, à 10 heures, nous sommes appelés d'urgence auprès de la malade dont l'état général s'est considérablement aggravé, et nous la trouvons pâle avec un ventre de bois, un pouls accéléré, presque incomptable. L'existence d'une hémorragie interne ne fait plus aucun doute ; la malade est opérée sur le champ. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une inondation péritonéale : il y a du sang liquide dans tout l'étage supérieur de l'abdomen. Le Douglas est rempli d'une masse de caillots au milieu desquels l'utérus et ses annexes sont noyés. Après évacuation de ces caillots, on découvre la trompe droite rompue au niveau de sa portion ampullaire. Ablation de cette trompe, nettoyage de la cavité péritonéale et fermeture de l'abdomen après mise en place d'un mikulicz. Les suites sont normales.

Ici, la rupture, occasionnée par les manœuvres abortives, s'est faite en deux temps : dans un premier temps se constitua une hématocele qui fut probablement à l'origine de l'empatement des culs de sac, et dont la résorption a sans doute provoqué l'élévation thermique qui fit croire d'abord à une infection pelvienne. Dans un deuxième temps, se fit l'inondation péritonéale.

Observation II. — Mme C..., 34 ans, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Tarnier, pour un syndrome douloureux abdominal survenu quelques jours après des manœuvres abortives pour une grossesse de deux mois.

A ce moment, la malade présente une contracture de toute la portion sous ombilicale de l'abdomen, une température oscillant entre 38° et 38°5. En outre, le faciès est pâle.

Au toucher on sent un empatement diffus et très douloureux des culs de sac, avec un uterus fixé. La malade est mise en observation avec de la glace sur le ventre.

Dans les jours qui suivent, la température demeure sensiblement la même, la contracture abdominale cesse et permet de sentir par le toucher combiné au palper, une masse diffuse occupant à la fois le petit bassin et l'hypogastre, de contours mal délimités. On se demande s'il n'existe pas là une hématocele en voie d'organisation; c'est ce qui décide l'intervention.

Laparotomie médiane sous ombilicale; on tombe sur des anses grêles agglutinées avec de l'épiploon adhérent au-dessus de l'utérus et de ses annexes; ces anses sont assez facilement libérées; quelques-unes sont recouvertes de fausses membranes. Quand l'utérus et ses annexes sont découverts, on se rend compte qu'il existe des lésions salpingiennes anciennes qui se sont rallumées à la suite des manœuvres abortives. En somme, il s'agissait d'une pelvi-péritonite. On pratique l'hystérectomie sub-totale. Fermeture de la paroi après mise en place d'un mikulicz. Guérison.

Dans les deux cas que nous venons de rapporter, l'examen du sang aurait sans doute pu être d'un grand secours, au moins pour le deuxième; dans la

première observation, la formule aurait été normale si elle n'avait pas été celle d'une anémie brutale (il est vrai que les circonstances n'ont pas donné le temps de faire cet examen) ; dans la seconde, il y aurait eu une formule d'infection. L'examen du sang est donc un moyen de diagnostic qui n'est pas à oublier dans ces cas douteux.

L'appendicite se déclare par une douleur dans le flanc droit. A l'examen on trouve de l'hyperesthésie cutanée et un point où la douleur est particulièrement exquise : point de Mac Burney, de Lanz, de Morris, de Munro. La paroi abdominale est contracturée ; il existe des vomissements, de la température, de la constipation. C'est surtout la contracture, l'hyperesthésie, la douleur localisée et la fièvre qui permettent de différencier l'appendicite d'une grossesse ectopique.

L'occlusion intestinale se caractérise par la brusquerie douloureuse du début, le météorisme rapidement croissant, le blocage total des émissions de matières et de gaz, les vomissements, l'hypothermie et l'affaissement progressif du pouls. Le ventre gros, est distendu ou encore un peu dépressible. La grossesse extra-utérine ne s'accompagne pas d'arrêt des matières et des gaz et d'une distension abdominale avec météorisme ; l'examen dans un cas d'occlusion permet souvent de découvrir une hernie étranglée ou une tumeur décelable par le toucher rectal ou vaginal.

Les torsions pelviennes peuvent également induire en erreur : toutes s'accusent par la douleur brusque initiale avec des accidents péritonéaux atténués (élévation thermique médiocre ou nulle, pouls assez fréquent mais bon, vomissements plus ou moins répétés mais sans caractère le plus souvent), par la

persistance et l'intensité prédominante des réactions douloureuses.

La torsion de la trompe au cours d'une salpingite est une complication singulière mais rare : CATHELIN dans sa thèse n'en a réuni que 41 cas. Malgré la notion de salpingite antérieure et la perception au toucher d'une tumeur dans un des culs de sac, ces phénomènes aigus sont rarement rapportés à leur véritable cause : ils sont pris pour une de ces poussées de péritonite si fréquentes dans les salpingites.

La torsion de fibrome utérin a de particulier que le fibrome pédiculé qui se tord n'est généralement pas seul, mais qu'il se combine à un utérus fibromateux, ce qui permet d'entrevoir le diagnostic.

La torsion du kyste de l'ovaire débute par une douleur abdominale très violente, parfois syncopale, s'accompagnant de nausées ou de vomissements, de sueurs froides, d'une respiration brève et saccadée. Une hémorragie intra-kystique se produit par rupture d'une veine surdistendue : le volume du kyste augmente rapidement, la tumeur se tend. On pourrait, d'après MOULS, entendre au niveau du pédicule un souffle systolique et au niveau de la tumeur un battement accompagnant également la systole. Le diagnostic est délicat si l'on n'a pas la notion de l'existence antérieure d'un kyste ; les accidents péritonéaux suffisent à éliminer la rupture de grossesse ectopique.

Dans sa forme douloureuse, la rupture d'un kyste de l'ovaire est à différencier d'une grossesse extra-utérine : la femme ressent une douleur extrêmement vive qui peut s'accompagner de vomissements et de syncope. Le ventre change de forme : ce n'est plus

le ventre classique, saillant et pointu, en obusier ; il devient mou et étalé. La fluctuation qui existait au niveau de la tumeur fait place à une ondulation, comme dans l'ascite. La seule notion de cette modification de forme, doit conduire au diagnostic de rupture de kyste de l'ovaire ; c'est la rupture intrapéritonéale des kystes dermoïdes qui conduit à la maladie gélatineuse du péritoine.

Il existe également d'autres causes d'erreur de diagnostic : ce sont celles qui tiennent aux localisations anormales de la douleur. On peut être ainsi amené à penser à une cholécystite, à un rhumatisme scapulo-huméral, à un point pleurétique, à une névralgie intercostale.

La rupture de grossesse extra-utérine est donc une affection se présentant sous de très nombreux aspects. C'est en pratiquant un examen général, en recherchant la localisation précise de la douleur, les symptômes concomitants de l'une ou l'autre des affections susceptibles d'induire en erreur, que l'on arrivera au diagnostic.

A côté des complications hémorragiques que nous venons d'étudier existent des complications qui relèvent à distance d'une hémorragie ancienne. Nous les avons énumérées au chapitre de l'anatomie pathologique. Nous les signalons à nouveau : il nous faudrait pour être complet, les étudier maintenant ; mais la question des périviscérites adhérentielles qui les résume est trop complexe pour trouver place ici. Nous renvoyons aux études spéciales qui ont été faites sur ce sujet.

Traitement

Traitement

« Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain ; elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante, et ce sont là des risques que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir. »

J.-L. FAURE.

La clinique de la grossesse extra-utérine a été connue bien avant que l'on ose intervenir par voie haute pour délivrer la mère de ce danger perpétuel que constitue une gestation tubaire.

LEVRET dans son « traité sur l'art des accouchements » de 1766, cite une observation de grossesse extra-utérine rompue et déplore qu'on ne puisse pas intervenir utilement même quand on pose le diagnostic d'hémorragie. D'après GEYL, « l'honneur de la première intervention abdominale reviendrait à Cyprianus », professeur à l'Université Frisone de Froenker, qui vers la fin du XVII^{me} siècle, fit la première laparotomie pour grossesse tubaire, et même détail plus curieux, la fit en position de Tredelemburg. »

Mais ce n'est là qu'une tentative isolée, car jusqu'à l'avènement de l'ère aseptique pratiquer une laparotomie c'était signer l'arrêt de mort de la malade.

Aussi, les traitements employés à cette époque et maintenant oubliés, visaient à tuer l'embryon pour obtenir sa résorption ou sa tolérance.

RITGEN, en 1872, soumettait dans ce but la femme au jeune et à des purgations répétées ; CAZEAUX et KELLER préféraient la saigner ; BARNES essayait d'intoxiquer l'œuf en administrant de la strychnine

à la mère ; BRAXTON-HICKS, SIMPSON, FREUND avaient recours à la ponction du kyste par le vagin, l'abdomen ou le rectum ; JOULIN, MAYGRIER tentèrent d'injecter des produits toxiques dans l'œuf : strychnine, atropine, morphine.

C'est LAWSON TAIT qui, entre 1885 et 1888 eut le mérite des conceptions pathogéniques et thérapeutiques actuelles de la grossesse extra-utérine.

Notre étude du traitement comprendra deux parties :

I. — Dans la première nous fixerons la conduite à tenir dans chacun des cas suivants :

A. — Grossesse extra-utérine non rompue avant cinq mois ;

B. — Grossesse extra-utérine non rompue après cinq mois :

a) avec enfant vivant,

b) avec enfant mort.

C. — Grossesse extra-utérine compliquée :

a) inondation péritonéale,

b) hématosalpinx,

c) hématoçèle.

II. — Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'exposer la technique opératoire qui convient à chaque cas ; car l'intervention se résume toujours à une salpingectomie ou à une hystérectomie : de nombreux procédés maintenant classiques sont décrits dont la technique est bien réglée. Par contre, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'envisager la conduite à adopter vis-à-vis de l'utérus et des annexes du côté opposé. Ce sera l'objet de la seconde partie.

PREMIÈRE PARTIE

CONDUITE A TENIR

A. — *Grossesse extra-utérine non rompue avant cinq mois*

Nous avons vu, chemin faisant, le nombre infime de chances qu'avait une femme de porter jusqu'au terme une grossesse extra-utérine ; par contre, elle est exposée à de graves dangers mettant continuellement sa vie en péril.

Aussi la possibilité d'accidents imprévisibles doit inciter le praticien qui a reconnu ou soupçonné une grossesse ectopique à mettre en pratique la formule de PINARD : « Avant cinq mois toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention d'urgence. »

Il sera nécessaire évidemment de porter un diagnostic exact. Quand il soupçonne une grossesse ectopique en évolution, le praticien doit avertir la malade des dangers auxquels elle est exposée ; il la conservera en observation et mettra tout en pratique pour arriver à une certitude. Mais ce n'est pas tout : alors commencera pour le chirurgien un rôle plus délicat : il va lui falloir user de toute sa diplomatie pour faire accepter une intervention à la malade. Celle-ci ne souffre pas ou peu, les quelques troubles qu'elle ressent ont été mis sur le compte de la grossesse qui évolue. Pourquoi donc, accepterait-elle de gaieté de cœur de se « faire ouvrir le ventre » ? Le rôle du médecin sera dans ce cas d'expliquer à la malade les risques qu'elle court en ne se laissant

pas opérer ; il devra même entreprendre le siège de tous les proches pour les convaincre de faire aussi pression sur la décision de la femme.

Si ses avis ne sont pas écoutés, il ne lui restera que la ressource de recommander le repos le plus complet possible et une observation minutieuse de la femme : si sa famille vient à constater des signes de faiblesse survenant brusquement, si la malade accuse subitement des douleurs violentes le médecin doit être rappelé. Il n'est malheureusement aucun autre moyen que le repos pour diminuer les risques d'accidents.

B. — *Grossesse extra-utérine non rompue*
après cinq mois

Nous savons quelle importance présente pour la mère et l'enfant le cap de cinq mois : pour la mère moins de risques de rupture, pour l'enfant des chances chaque jour plus grandes de viabilité.

1° L'enfant est vivant.

Plus la grossesse a dépassé cinq mois, plus l'enfant a des chances de vivre. Il arrive donc une époque où le chirurgien n'a plus le droit de sacrifier délibérément cette vie. Cependant, comme ces chances de vie sont assez réduites, ce n'est pas là le principe directeur de la conduite à tenir. C'est d'abord la mère qui doit vivre.

Nous pensons avec SEGOND qu'il n'est permis de temporiser « qu'à la condition formelle que le sauvetage de l'enfant n'entraînera jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. » C'est assez dire que celle-ci doit être surveillée de près et qu'il doit être possible de l'opérer immédiatement en cas d'accident.

REYNAULT est aussi catégorique dans ses conclusions : « la question de sauver l'enfant ne se posera qu'autant qu'elle ne soulèvera aucun danger pour la vie de la mère. »

L'apparition de douleurs, de signes de fatigue chez la mère entraînera l'intervention, l'enfant extrait sera mis en couveuse.

Si la santé est parfaite, si les conditions de surveillance et de possibilité d'intervention immédiate sont réalisées on attendra pour opérer que le fœtus soit parfaitement viable. Des auteurs conseillent d'opérer au 7^e mois, d'autres au 8^e; PINARD préfère attendre le 9^e, ce qui se justifie : une femme placée dans les conditions que nous avons définies ne court pas en attendant un mois de plus dans le repos complet de chances sérieuses de voir son état s'aggraver, et le fœtus y gagne. Le meilleur moment pour opérer est 8 mois 1/2. L'époque du travail ne peut pas exactement être fixée pour une grossesse ; or le faux travail qui se déclanche au terme agit sur un fœtus enfermé dans une trompe imperméable : il n'y a aucune chance d'expulsion, mais le fœtus meurt. Il faut donc approcher le plus possible du terme tout en évitant le faux travail.

BECK est arrivé aux mêmes conclusions par l'étude des statistiques : sur 262 cas relevés dans la littérature de grossesses extra-utérines opérées après le 5^e mois avec enfant vivant, entre 1809 et 1919 la mortalité maternelle était de 68 % avant 1890 (début de la période aseptique) et baissa progressivement jusqu'à 18,1 % de 1910 à 1919, pour l'ensemble des opérations. La mortalité maternelle est légèrement plus élevée pour les opérations faites au 9^e mois que pour celles faites avant ; par contre les

enfants ont plus de chances de vivre : c'est l'opération faite à la 38^e semaine (8 mois et 1/2) qui fournit le plus d'enfants viables : 56 % pour une statistique portant sur 60 cas. Au moment choisi pour l'intervention, c'est une véritable césarienne qu'il faudra faire au niveau de la trompe.

2^o L'enfant est mort.

Lorsqu'au cours d'une grossesse tubaire l'enfant meurt, des auteurs pensent pouvoir temporiser. D'après eux, les risques que courait la mère sont annulés du fait de cette mort et un délai permet de diminuer ceux de l'intervention : PINARD a établi que la circulation placentaire était à peu près tarie au bout de six semaines. Ces auteurs conseillent donc d'attendre environ deux mois après la mort fœtale avant d'opérer ; la rétraction du placenta qui s'effectue pendant ce temps éviterait les accidents hémorragiques au cours de l'intervention. Notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé FERRARI, préfère au contraire opérer sitôt posé le diagnostic de la mort. Il estime que la temporisation n'est pas exempte de dangers, le kyste fœtal pouvant s'infecter, se sphacéler, provoquer une péritonite. D'autre part l'intervention précoce est plus facile, car s'il existe déjà des adhérences (ce qui n'est pas la règle) elles sont encore laches à ce moment et permettent de libérer facilement l'utérus et les organes du petit bassin. L'hémorragie n'est pas tellement à craindre, l'opération consistant à enlever la trompe et le kyste fœtal en un seul temps, en évitant de rompre la poche ; ce sera donc une salpingectomie entre deux ligatures.

Si l'on préfère conserver la trompe, il faudra attendre plus longtemps avant d'opérer pour se mettre à l'abri des risques d'hémorragie. Il faut atten-

dre que des plans de clivage se soient créés entre le fœtus mort et la trompe. Mais on ne voit pas quel service pourrait rendre une telle trompe débarrassée du kyste fœtal ; elle ne peut qu'être à l'origine de nouvelles grossesses ectopiques.

Si l'enfant est mort depuis longtemps, il n'en reste pas moins un corps étranger susceptible de s'infecter et de donner lieu à des accidents très graves ; le lithopédion même n'est pas inoffensif : nous avons vu qu'il avait tendance à s'éliminer en provoquant plus ou moins de délabrements. Il est donc également indiqué d'intervenir.

C. — *Grossesse extra-utérine compliquée*

La plus dramatique des complications de la grossesse tubaire est certainement l'inondation péritonéale : la famille est impuissante à ramener la vie qu'elle voit se retirer lentement, goutte à goutte, du corps de la malade. Seul un médecin appelé à temps peut intervenir et empêcher un désastre. Il semble donc que l'idée de l'intervention d'urgence doive s'imposer à l'esprit de tout praticien.

KELLER en 1872 la conseillait déjà, mais il fut battu en brèche par les chirurgiens de l'époque parmi lesquels se trouvait LE DENTU. Malgré l'opinion du professeur TREUB, d'Amsterdam, le dogme de l'intervention d'urgence s'imposa vers 1905.

Cependant à l'heure actuelle il est encore des auteurs qui préconisent la temporisation. Pour ROBB, SIMPSON, ALBERTIN et plus récemment RICARD, le tableau symptomatique classique de la rupture de grossesse ectopique — pâleur cireuse des téguments, refroidissement des extrémités, agitation, pouls incomptable et filiforme — n'est pas dû uniquement

à la spoliation sanguine, mais aussi à un réflexe péritonéal. C'est ce qu'ALBERTIN et DESGOUTTES en 1909 appelaient la forme péritonique. Ainsi, dans certains cas, on prendrait pour un tableau d'hémorragie interne ce qui n'est qu'un tableau de choc péritonéal provoqué par l'irritation des filets intra-muraux et péritubaires. BROUHA préfère également dans les cas qui cliniquement paraissent graves pratiquer l'expectation armée : transfusion de 500 grs, glaçage du ventre, morphine associée aux excitants diffusibles.

Cette distinction entre la part de gravité due à l'hémorragie et celle qui revient simplement au choc n'est pas seulement théorique : en pratique, elle doit conduire à deux traitements opposés : s'il s'agit d'une hémorragie l'intervention s'impose; s'il n'y a que choc la temporisation est préférable.

Si cette distinction plaît immédiatement aux abstentionnistes, dès que l'on passe à la pratique il se présente une difficulté dont l'impossibilité à la résoudre est telle qu'elle annihile tous les avantages attendus : comment, en effet, peut-on différencier au lit de la malade le tableau du choc péritonéal de celui de l'hémorragie interne ? Divers moyens ont été proposés dans ce but : la numération globulaire par ALBERTIN, les caractères du pouls par VILLARD, mais l'expérience les montre infidèles et insuffisants. ALBERTIN et DESGOUTTES proposaient de tenter d'abord un traitement médical, et de n'opérer ensuite que s'il n'avait pas modifié le pouls et la tension.

Mais les avantages de la non-opération ne sont pas tellement évidents en regard de ceux de l'intervention qu'ils imposent l'abstention. En dehors du risque de laisser mourir une femme que l'intervention aurait sauvée, si même l'hémorragie s'est arrê-

tée spontanément, les suites seront à craindre : MARTENS (de Berlin) a signalé des cas d'occlusion survenant à la suite des adhérences, et des cas d'auto-intoxication par résorption massive du sang épanché. Aussi, nous pensons qu'il vaut mieux en rester à la règle que Pozzi a établi :

« Quand une hémorragie menace la vie d'une malade il faut aller à la recherche de la source de sang... Temporiser, compter sur une hémostase spontanée, c'est dans la grande majorité des cas laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente ; si elle ne succombe pas sur le coup, la malade mourra d'une 2^e ou d'une 3^e hémorragie. »

Les statistiques viennent à l'appui de cette opinion : celle de CHOYAU accuse 86 % de survie, celle de CESTAN donne 89 % de guérison en cas d'intervention contre 85,8 % de mortalité en cas d'abstention.

Le traitement de l'hématosalpinx ne nous retiendra pas longtemps : il contient un œuf mort et constitue un corps étranger dangereux qu'il s'agit d'enlever le plus tôt possible. Quand il est constitué la femme n'est pas à l'abri des risques de rupture ou d'infection secondaire.

Le traitement de l'hématocèle mérite d'être étudié plus longuement, car deux théories sont ici en présence : certains chirurgiens sont partisans de la simple colpotomie, d'autres préfèrent la laparotomie.

S'il s'agit d'une hématocèle en train de se constituer, l'intervention par voie haute s'impose pour aller tarir la source de l'hémorragie ; il serait illusoire d'en espérer la cessation spontanée : la voie basse

est trop aveugle pour que l'on puisse espérer arriver sûrement sur le lieu du délit.

Si l'hématocèle date de quelque temps, il est également nécessaire d'intervenir. La technique ancienne consistait à attendre la résorption, à la favoriser « par le repos absolu au lit, avec de la glace sur le ventre, des injections vaginales chaudes et des purgatifs répétés. » (ROUTIER) (1).

En dehors du danger qu'il y a de la laisser se faire spontanément et qui tient aux adhérences qu'elle provoque, la résorption est aléatoire. BOUILLY cite un cas où intervenant 4 mois et 1/2 après l'accident, il trouva du sang liquide « ayant les mêmes apparences que donne une hématocèle de 10 à 15 jours de date ».

A quel moment faut-il opérer ? Lorsqu'une hématocèle est constituée, même si l'on a quelque raison de croire que l'hémorragie est arrêtée, il est préférable d'opérer « aussitôt que possible » pour se mettre à l'abri des hémorragies secondaires, pour éviter l'infection, l'organisation même des caillots qui est à l'origine des adhérences et des complications qu'elles entraînent. L'opération est infiniment plus simple quand il n'y a que des caillots à vider et une trompe à enlever, et non pas des adhérences à libérer avant d'arriver sur la trompe. La malade de l'observation n° XXXVI n'aurait pas eu à subir de résection intestinale si elle avait été opérée dès les premières heures.

Par quelle voie faut-il intervenir ?

POZZI, ROUTIER préféraient la voie vaginale. REYNIER fut longtemps de leur avis, mais il adopta la

(1) ROUTIER : Bull. de la Société de Chirurgie, 1896.

voie haute à la suite d'un cas où il dut recourir à la laparotomie après avoir commencé par une colpotomie pour une hémorragie qu'il ne pouvait arrêter par le bas.

Si la colpotomie est une opération simple puisqu'une incision en croix de la paroi postérieure du vagin suffit, on peut lui faire le gros reproche d'être une opération aveugle et incomplète :

Aveugle, car elle ne permet pas d'arriver sur le point qui saigne ; elle ne permet pas non plus de s'arrêter en chemin : on ne peut pas par cette voie examiner attentivement l'annexe opposée pour savoir s'il sera nécessaire ou non de l'enlever ;

Incomplète car elle ne permet pas toujours la ligature du point qui saigne et des hémorragies secondaires sont possibles ; on ne peut pas faire une toilette soigneuse : les caillots qui resteront en place favoriseront les adhérences, les phénomènes toxiques par résorption et l'infection.

La laparotomie, si elle est plus compliquée, présente l'avantage de mettre à jour les lésions et de permettre une opération exactement adaptée à la nécessité du moment. Elle est donc l'opération indiquée dans les cas d'hématocèle simple.

S'il s'agit d'une hématocèle infectée, la question ne se présente plus sous le même jour : évacuer une collection purulente par voie haute constitue une opération dangereuse, téméraire même. Quels que soient les soins et la prudence avec lesquels on opère, on ne peut pas être sûr de ne pas ensementer le péritoine, ce qui provoquerait la mort rapide de la femme par péritonite.

La colpotomie permet d'évacuer la collection purulente sans courir ce risque.

Il nous paraît donc que la technique de J.-L. FAURE est ici la meilleure : déceler par tous les moyens possibles l'infection : numération globulaire, formule leucocytaire, ponction du Douglas et examen du prélèvement : si l'hématocèle est purulente on fera une colpotomie.

DEUXIÈME PARTIE

CONDUITE A ADOPTER VIS-A-VIS DES ANNEXES OPPOSEES ET DE L'UTERUS

Il nous a paru intéressant d'étudier dans chaque cas la conduite à adopter vis-à-vis de la trompe opposée, des ovaires et de l'utérus.

Dans l'inondation péritonéale. — Ce qui domine ici l'intervention, c'est l'état de la malade. Si l'hémorragie est abondante et l'état grave, il faut faire au plus vite : aller à la trompe rompue, la pincer, la ligaturer et l'exciser.

Après une toilette rapide et sommaire on fermera le plus souvent sans drainage. Après l'intervention, le sérum physiologique, les toni-cardiaques, la transfusion sanguine même si elle est nécessaire seront mis en œuvre pour remonter l'état général ; la pression artérielle suivie sera un bon critère de cette amélioration.

Si l'état général est moins gravement atteint et permet sans risque pour la malade de prolonger l'intervention, on pourra tenter une opération plus complète : après ligature de la trompe rompue on examinera les annexes opposées.

I. — Si la femme est jeune, et si les annexes sont saines, on n'a pas le droit de la priver de l'espoir de maternités normales dans la suite. Si la grossesse extra-utérine opérée est déjà une récurrence pour la deuxième ou la troisième fois, on peut alors s'autoriser à stériliser la femme en lui enlevant les deux trompes : les gestations ectopiques constituent

alors une véritable maladie qu'il convient de faire cesser.

2. — Si les annexes opposées sont malades, malgré le jeune âge de la femme on devra les enlever également pour éviter dans la suite la localisation d'une grossesse à leur niveau.

Doit-on enlever l'utérus ? Nous ne le pensons pas : une femme jeune privée de sa fonction menstruelle restera une infirme pour le reste de sa vie. Si elle conserve ses ovaires et une partie de son utérus, ses règles lui seront conservées. Il y aura donc intérêt à faire une hystérectomie fondique.

3. — Lorsque la malade est une femme près de la ménopause les mêmes considérations n'interviennent plus ; on pourra d'emblée pratiquer une hystérectomie subtotale.

L'hématosalpinx est une véritable tumeur dont le contenu n'est pas toujours aseptique. Il faudra donc l'enlever entre deux ligatures et éviter le plus possible de le rompre.

De même que dans l'inondation péritonéale et l'hématocèle l'intervention sera limitée ou étendue selon l'état des annexes opposées, l'âge de la malade et ses antécédents.

Pourtant, dans l'hématocèle ancienne, on peut avoir la main forcée par l'état du petit bassin. Les adhérences sont parfois telles qu'il est impossible de faire une opération limitée à un seul côté : il faut parfois pratiquer d'emblée une hystérectomie.

Conclusions

Conclusions

1° La grossesse ectopique est une menace perpétuelle pour la femme qui la porte, par les complications auxquelles elle l'expose.

2° Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine en évolution, autrefois délicat, est actuellement facilité par des signes cliniques plus nombreux et plus précis, par des méthodes biologiques et par la radiographie.

3° Le diagnostic d'une complication de la grossesse extra-utérine est généralement assez facile à faire par la recherche systématique des signes cardinaux. Ici encore le laboratoire peut venir en aide grâce aux méthodes de NORRIS, D'AUTOSHIMA et de SIGALAS.

4° Le diagnostic d'une complication impose l'intervention immédiate.

5° Le diagnostic d'une grossesse ectopique en évolution avant cinq mois doit conduire à l'opération dans le plus bref délai.

6° Si la grossesse a dépassé le cinquième mois, c'est l'état de la mère qui guide le chirurgien ; tant qu'il se maintient excellent, c'est l'expectative armée, le plus longtemps qu'on le peut pour obtenir un fœtus dans les meilleures conditions possibles de vie ; on aura soin, cependant, d'éviter l'époque du faux travail qui est fatal au fœtus. Si l'état général baisse, l'intervention s'impose et l'on essayera d'élever l'enfant à la couveuse.

7° Si le fœtus meurt après le cinquième mois, il ne faut pas trop compter sur sa résorption ou sa to-

lérance : il reste dangereux pour la mère. Il n'y a pas non plus d'intérêt à attendre. L'intervention précoce a l'avantage d'être plus aisée et de diminuer les risques de complications infectieuses.

8° Ainsi, dans tous les cas, il est indiqué d'intervenir. La laparotomie est la seule voie qui permette une opération adaptée aux besoins. Elle sera suivie de l'ablation de la trompe malade. La conduite à tenir vis-à-vis de la trompe opposée et des ovaires, la pratique de l'hystérectomie subtotale sont essentiellement liées à l'état des organes.

Bibliographie

Bibliographie

- ADAM CRACADEN. — Grossesse extra-utérine à terme (*Austral M. J.*, Melbourne, 1911, XVI, 222).
- AGUINET.* — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques (*Thèse de Paris*, 1902-1903, n° 264).
- AIEVOLI. — Grossesse extra-utérine avancée. Intervention à la 4^e année de rétention (*Riforma Medica*, Napoli, 1925, XLI, 871).
- ALBERTIN. — La douleur élevée en gynécologie et en obstétrique (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 26 janv. et 2 fév 1923).
- ALBERTIN ET DESGOUTTES. — Formes cliniques de la grossesse extra-utérine (*Lyon Chirurgical*, 1906).
- ALFIERI. — Cuachi clinico della gravidanza extrauterina e dei suoi asiti in rapporto con la diagnosi e con il trattamento (*Clin. Ostet.*, Roma, 1925, XXVII, 258).
- ALIEN. — Notes sur un cas de grossesse extra-utérine abdominale (*Lancet*, London, 1886, 1217).
- ARROYO. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales consécutives à la rupture de la trompe dans la grossesse tubaire et, en particulier, de leur traitement (*Thèse de Paris*, 1898-1899, n° 482).
- ASCHEIM. — Die Schwangerchaftsdiagnose aus dem Harne. S. Karger (*Berlin*, 1930).
- ASDALE. — Extra-uterine pregnancy; mature foetus with presentation of specimen of skeletal remains, borne ten years over completion of gestation jenn. Condition eventually complicated by ovarian kyst wich resulted fatally (*Am. J. Obst.*, New-York, XXXVIII, 748).
- AUDEBERT ET DIEULAFE. — Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus au 5^e mois. Sphacèle du kyste et du contenu (*C. R. Soc. d'Obst.*, de Gyn. et de Pédiat. de Paris, 1907, IX, 169).

- AUVRAY. — Cancer développé autour d'un lithopédion datant de 30 ans (*Gynécologie et Obstétrique*, 1924, n° 4, IX, 346).
- AUVRAY ET DELATER. — Un cas de grossesse tubaire rompue avec existence de grossesse utérine (*Soc. d'Anatomie*, Juin 1923).
- AYERS. — Le traitement du placenta dans une grossesse extra-utérine avancée (*Obst., New-York*, 1899, I, 70).
- BACULESCU. — Etude statistique sur la grossesse extra-utérine (*Gaz. des Hôpitaux*, 24 août 1908 ; *Rev. de Chirurgie de Paris*, 1912, XLV, 946).
- BAILLAT. — Grossesse extra-utérine simulant l'avortement (*Toulouse Médical*, 1^{er} octobre 1928).
- BARBOUR. — Grossesse extra-utérine. Laparotomie après la mort du fœtus (*Tr. Edimbourg Obst. Soc.* 1896, 66).
— Sur un cas de grossesse extra-utérine presque à terme avec enfant mort depuis deux mois (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirur. de Paris*, 1905).
- BARONNET. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les grossesses ectopiques du 5^e mois au terme (*Thèse de Bordeaux*, 1922, n° 136).
- BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1927).
— La forme salpingienne de la grossesse extra-utérine (*Le Monde Médical*, 1^{er} octobre 1927).
- BARTIONELLI. — Quatre cas d'hématosalpinx dus à la grossesse extra-utérine (*Bull. Soc. Lanciscaria, Roma*, 1891).
- BAZALGETTE. — Les grossesses extra-utérines méconnues (*Thèse de Paris*, 1904-1905, n° 266).
- BEAU. — La grossesse tubaire isthmique (*Thèse de Paris*, 1918-1919, n° 168).
- BECK. — Traitement de la grossesse extra-utérine après le 5^e mois (*J. Med. Ass., Chicago*, 1919, 962).
- BECKERS. — Symptômes et traitement de la grossesse extra-utérine (*Bruxelles Médical*, n° 15, 7 février 1926).

— La triade symptomatique de la grossesse extra-utérine (*Bruxelles Médical*, n° 28, 20 mai 1928).

BEIUSONE. — Grossesse extra-utérine à terme. Laparotomie. Mort de la mère le 6^e jour (*Indepandante, Torino*, 1881, XXXII, 553).

BELAICHE. — Le signe de Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire (*Thèse de Paris*, 1925).

BERMANN. — Grossesse extra-utérine au 9^e mois (*Semana Med.*, *Buenos-Ayres*, 1923, XXXIV, 152).

BERTINO. — Gravidanza extra-uterina e ritenzione di feto morto della cavità del utero (*Ann. di Ostet.*, *Milano*, 1902, XXIV, 523).

BERTRAND. — Rupture de grossesse tubaire. Présentation de pièces (*Soc. Anatomo-Clinique de Toulouse*, 28 mai 1927).

BEVAR. — Ruptured extra-uterine pregnancy (*Surg. Clin. Chicago*, 1918, p. 11).

BEYA. — Grossesse extra-utérine. Rétention de fœtus mort pendant 3 ans 1/2 (*Am. J. Obst.*, *New-York*, 1902, XLV, 102).

BIANCHI. — Gravidanza extra-uterina ad otto mesi extra-zione del feto vivo ; guarigione della madre (*Gazette Med. de Lomb.*, 1889, n° 4).

BINAUD. — De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale. Anatomie pathologique. Aperçu pathogénique et tableau clinique. Traitement (*Thèse de Bordeaux*, 1891-1892, n° 44).

BLEH ET REED. — Grossesse extra-utérine à terme. Laparotomie (*J. Ann. Ass.*, *Chicago*, 1908, L, 2137).

BOGAIEVOKI. — Grossesse extra-utérine abdominale (*Chir Vestnik*, *Saint-Petersbourg*, 1885, 498).

BOISSAUT ET COUDERT. — Grossesse tubaire double. Rupture des deux poches (*Soc. d'Obst.*, 1900).

BONACHI. — Grossesse extra-utérine abdominale (*Bull. et Mém. Soc. de Chirur. de Bucarest*, 1906-1907, IX, 124).

- BONNAFE. — Contribution à l'étude de la rupture tubaire (*Thèse de Montpellier*, 1928-1929).
- BOUCHET. — De la grossesse extra-utérine récidivée (*Thèse de Lyon*, 1912-1913, n° 86).
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine (*La Gynécologie*, 1898 ; 1918, p. 13).
- BOURG. — Un procédé nouveau d'application de la réaction d'Ascheim-Zondek (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1931).
- BRAINE. — A propos de 30 cas personnels de grossesses extra-utérines rompues, opérées et guéries (*Journ. de Médecine de Paris*, n° 20, 17 mai 1928).
- BRAMWELL. — Grossesse extra-utérine dans laquelle le fœtus fut expulsé par le rectum (*Stud. Clin. Med. Edimb.*, 1889-1890, 217).
- BRATTON. — Rétention de grossesse extra-utérine pendant cinq ans. Laparotomie ; guérison (*Tr. South Car. Med. Ass., Charleston*, 1888, 121).
- BREMKEN. — Grossesse extra-utérine a terme datant de 24 ans (*Annuaire Soc. Med. et Chir. d'Anvers*, 1897, 225).
- BRENDEL. — Grossesse extra-utérine. Laparotomie à huit mois (*Centralb. f. Gyn.*, 1883, VII, 649).
- BROMET. — A case of extra-utérine pregnancy closely resembling uterine gestation. Opération four months after term ; recovery (*Lancet, London*, 1899, I, 957).
- BROUHA. — A propos d'un cas de rupture de grossesse tubaire. Quand et comment faut-il opérer ? (*Bruxelles Médical*, n° 44, sept. 1929, p. 1227).
- BROWN. — Intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine (*Annals of Surgery*, avril 1928, p. 581).
- BRUEL. — Les récidives de grossesse extra-utérine. Etude critique portant sur 190 cas (*Thèse de Paris*, 1915-1916, n° 7).
- BRUGNATELLI. — Grossesse extra-utérine à terme (*Folia Gynaec., Pavia*, 1922, XVI-XVII, 605).

- BRUMAITT. — Grossesse extra-utérine. Opération au 9^e mois ; mort par hémorragie secondaire (*Australia Med. Gaz.*, Sydney, 1897, XVI, 123).
- BUDD. — Cases of extra-utérine pregnancies : 1^o eleven months pregnancy ; 2^o over nine months opération ending with hysterectomy, recovery (*Virginia Med. Month.*, Richmond, 1893, 957).
- BUGGE. — Sur un cas de grossesse extra-utérine à terme. Opération deux mois et demi après la mort du fœtus (*Norsk. Mag. f. Laege. dansk.*, Kristiana, 1904, 189).
- BULA-LAFONT. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine (*Thèse de Bordeaux*, 1890-1891, n^o 11).
- BURNIER. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine (*Revue de Chirurgie*, juin 1912).
- BUTLER. — Un cas de lithopédion (*The American Journ. of Roentgenology and radiumthérapie*, avril 1929).
- BUZZONI. — Sur un cas rare de grossesse extra-utérine abdominale secondaire (*Arte Ostet.*, Milano, 1924, XXXVIII, 94).
- CADENAT. — Les erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine (*L'Hôpital*, octobre 1920, n^o 32, p. 602).
— Quand on pense à la grossesse extra-utérine, on n'y pense pas encore assez (*Concours Médical*, 12 février 1928, p. 389).
- CALLERINI. — Gravidanza extra-uterina a termina madre e bambino vivente (*Arch. di Ostet. e Gynec.*, n^o 1, avril 1910).
- CALLOWAY. — Grossesse extra-utérine abdominale primitive (*New Orléans Med. and. Surg. Journ.*, 1911-1912).
- CAMELOT. — De l'hématosalpinx. Pathogénie, symptomatologie et traitement (*Thèse de Paris*, 1894-1895, n^o 315).
- CAMPIONE. — Gravidanza extrauterina a termina madre e bambino vivente (*Arch. di Ostet. e Gynec.*, 1908, vol. I, 64).

- CARLIER. — Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus. Laparotomie, marsupialisation du kyste fœtal, guérison (*Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris*, 1902, XXVIII, p. 92).
- CAROSINI. — Considérations sur les grossesses extra-utérines après le 5^e mois (*Thèse Montpellier*, 1915-1916, n^o 29).
- CASALIS. — 29 cas de grossesses extra-utérines (*Thèse de Paris*, 1919).
- CASTANG. — La grossesse extra-utérine dans la pratique journalière (*Thèse de Paris*, 1910-1911, n^o 431).
- CASUDO. — Grossesse extra-utérine de 11 mois. Enucléation du kyste avec le fœtus et les annexes. Guérison (*Progress. Mcd., Habana*, 1894, VI, 139).
- CATHALA. — Valeur de la radiographie pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1930, XIX, n^o 6).
- CATLIN. — Grossesse extra-utérine à terme (*J. Am. Med. Ass., Chicago*, 1924, n^o 56, p. 587).
- CAZEAUX. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires (*Thèse de Paris*, 1903-1904, n^o 31).
- CESTAN. — Grossesse extra-utérine arrivée au 12^e mois ; mort du fœtus, extirpation par voie abdominale ; guérison (*Toulouse Médical*, 1902, V, 284).
- Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire (*Thèse de Paris*, 1893-1894, n^o 471).
- CHAMBA. — Radiographie d'une grossesse extra-utérine (*Soc. de Rad. Méd. de France*, nov. 1926, n^o 133).
- CHATON. — Sur une topographie particulière de l'épanchement sanguin dans le cas de grossesse extra-utérine rompue : l'hématome pariéto-colique gauche (*Presse Médicale*, juillet 1924, n^o 56, p. 587).
- CHAVANNAZ. — Récidive de grossesse extra-utérine (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1926, VI, 541).

- CHEVALLIER. — Sur une série de cas de grossesses extra-utérines (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1902, p. 902).
- CHOSSON. — Sur un cas de grossesse extra-utérine abdominale (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, 18 juin 1928, p. 15).
- CHOYAU. — Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire (*Thèse Paris*, 1896-1897, n° 117).
- CHRURCH. — Cas de grossesse extra-utérine ; rétention pendant trois ans (*Lancet, London*, 1895, I, 1181).
- CLARK. — Deux cas de grossesse extra-utérine à terme (*Indianna Med. Ass., Fort-Vayne*, 1917, X, 89).
- CLAUSER. — Sulla diagnosi di gravidanza extrauterina a termine (*La Clinica Ostet.*, fasc. 8, agosto 1927).
- CLAUSSE. — Apports de la radiologie dans le diagnostic de quelques gestations anormales (*Thèse Alger*, 1931).
- CLOOCK. — Grossesse extra-utérine se poursuivant 4 ans. Extraction du fœtus mort par une gastrostomie. Guérison (*Chicago Med. Examen*, 1861, II, 458).
- CORDARO. — Contribution au diagnostic et à la thérapeutique de la grossesse extra-utérine abdominale secondaire (*Assegua Ostet. e Gynec.*, Napoli, 1905, XV, 21).
- CORNERE. — Shoulder point on indication of ruptured ectopic pregnancy (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1924, n° 1112).
- COSTA ROMOLA. — Terapia della gravidanza extrauterina dei periode inorati (*Arch. di Ostet. e Gynec.*, 1915, vol. 2, p. 130).
- COSTANTINI. — A propos de deux cas de rupture tubaire avec douleur haute (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927).
- COTTE. — Statistiques de grossesses extra-utérines (*Soc. de Chir. de Lyon*, 19 avril 1923).
- Endométrïomes, grossesse tubaire et hématosalpinx (*Soc. de Chir. de Lyon*, juin 1927).

- Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (2^e édition, Masson, Paris, 1931).
- COURTOIS. — De la rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1928).
- COURTY. — Rupture en plusieurs temps de la grossesse extra-utérine (*Journ. des Sc. Médic. de Lille*, n° 17, avril 1925).
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires (*Thèse de Paris*, 1900-1901, n° 434).
- COUVELAIRE, PORTES ET DIGONNET. — Radio-diagnostic de la grossesse ectopique (*Bul. Soc. Obst. et de Gyn.*, mai 1930, p. 345).
- CRAINICIANU. — L'interruption précoce des grossesses extra-utérines et son rapport avec le cycle menstruel (*Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1926, XIV, 37).
- CROF. — Opération pour l'extraction d'un enfant vivant provenant d'une grossesse extra-utérine (*Lancet*, London, 1922, II, 300).
- CROISIER. — Grossesse extra-utérine rompue au 8^e mois, conservation dans la cavité péritonéale pendant les huit mois suivants du fœtus mort en voie de putréfaction (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1907).
- CULLEN. — Cas de grossesse extra-utérine à terme (*Tr. M. Soc. New-Jersey*, Newark, 1871, 230).
- CULLINGSWORTH. — A case of advanced extra-uterine gestation, in which a living child was removed (*Brit. Med. Journal*, december 1894, 1922).
- Extra-uterine foetation. Abdominal section eighth months after death of foetus ; sac formed by left broad ligament. Recovery (*Tr. Obst. Soc., London*, 1888-1889, XXX, 480).
- Cas de grossesse extra-utérine dans lequel les mouvements du fœtus cessèrent à la fin du 8^e mois. Laparotomie quatre semaines après (*Tr. Obst. Soc., London*, 1893-1894, XXXV, 155).

- CURRIER. — Extraction par laparotomie d'une grossesse extra-utérine s'étant poursuivie quatre ans (*Ann. Gynec. and Pédiat., Boston*, 1897-1898, XI, 732).
- CUSHING. — Cas de grossesse extra-utérine ; opération au 9^e mois. Guérison (*Ann. Gynec. et Pédiat., Philadelphie*, 1890-1891, 214).
- CZYZEWICZ. — Cas de grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant (*Zentralbl. f. Gynak., Leipzig*, 1904, XXVIII, 97).
- DANFORTH. — Le traitement du placenta dans la grossesse extra-utérine à terme (*Tr. Ann. Inst. Homeop., Chicago*, 1903, p. 605).
- D'ARCY. — Case of pregnancy at full term in rudimentary horn of the uterus (*Med. Journ. of Australia*, 1925, II, p. 373).
- DAUPHIN. — Travaux récents sur la grossesse extra-utérine (*Progrès Médical*, n° 37, sept. 1925, p. 1350).
- DEBAY. — De l'intervention chirurgicale dans les cas de grossesse extra-utérine avec kyste fœtal putréfié (*Thèse de Nancy*, 1897-1898, n° 25).
- EEJEMIL BEY. — Grossesse extra-utérine. Lithopédion datant de 3 ans. Laparotomie, ablation du fœtus et du sac. Guérison (*Ass. Franç. de Chirurgie, Paris*, 1895).
- DELAISSEMENT. — Grossesse extra-utérine datant de 12 mois (*Journ. de la Soc. Belge de Chir., Bruxelles*, 1903).
- DELBET. — Diagnostic d'une grossesse extra-utérine prise pour un kyste de l'ovaire tordu (*Journ. des Praticiens*, 22 septembre 1928).
- DELCAMP. — Contribution à l'étude de la grossesse ectopique avec enfant vivant. Pronostic maternel et fœtal après le 5^e mois. Conduite à tenir (*Thèse de Paris*, 1917-1918, n° 99).
- DELMAS PAUL. — Rupture tubaire secondaire à une grossesse péritonéale d'emblée (*Réunion d'Obst. et de Gyn. de Montpellier*, 1923).

- DELMAS. — Fausse grossesse ectopique dans un utérus fibromateux (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1918-1919, XIII, p. 752).
- DESENISS. — Ausgetragene extrauterin Graviditat mit totem kiden laparotomie (*Deut. Med. Wochenschr. Leipzig und Berlin*, 1905, XXXI).
- DEVANE. — Cas de grossesse extra-utérine à terme ; opération (*The Lancet, London*, 1910, p. 781).
- DEWES. — La douleur de l'épaule dans la rupture de grossesse tubaire (*Zentralbl. f. Gyn.*, 16 sept. 1922, p. 1482).
- DIBOT. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1894-1895, n° 141).
- DIETRICH. — Au cours de la laparotomie pour grossesse extra-utérine, doit-on enlever l'autre trompe ? (*Zentralbl. f. Gyn.*, n° 14, 1921).
- DINARCO. — Grossesse extra-utérine à terme (*Rassegna d'Obst. e Gynec.*, Napoli, 1909, XVIII, 24).
- DONALD. — Grossesse extra-utérine de sept mois (*Med. Press. and Circ., London*, 1899, LXVII, 32).
- DORLAND. — Nouvelle classification sur les possibilités de terminaison de la grossesse extra-utérine (*M. Therapist.*, New-York, 1894-1895, III, 205).
- DUCONGE. — Traitement des hémorragies intra-péritonéales causées par les grossesses extra-utérines (*Thèse de Lyon*, 1906-1907, n° 2).
- DUFFIE D.-H. — Secondary abdominal pregnancy with intra-uterine and extra-uterine (*Michigan State M. Jour.*, déc. 1926, p. 659).
- DUPONCHEL. — Grossesse extra-utérine gémellaire rompue avec grossesse utérine (*Soc. d'Anatomie*, janvier 1923).
- DUPOUY. — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1903-1904, n° 479).
- DURAND. — Intervention dans les grossesses extra-utérines rompues (*Lyon Chirurgical*, 1921, p. 677).

- EARLE. — Deux cas de grossesse extra-utérine à terme (*Am. J. Obst., New-York*, 1903, XLVII, 372).
- EBERLIN. — Grossesse extra-utérine abdominale ; laparotomie, extraction d'un enfant mort et du placenta. Guérison (*Med. Obozr. Mak.*, 1897, XLVII, 215).
- EDGAR. — Cas de grossesse extra-utérine à terme (*Glasgow Med. J.*, 1905, LXIV, 445).
- EELLING. — Zur Rontgendiagnose bei Extra-uterinschwangerschaft (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1912, p. 1539).
- ESTES. — Cas d'une grossesse extra-utérine opérée à terme ; enfant vivant (*Philad. M. J.*, 1902, X, 950).
- EZES. — Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles (*Thèse Alger*, 1930-1931).
- FARRER. — Grossesse extra-utérine ; rétention prolongée du fœtus (*The Lancet, London*, 1914, II, 794).
- FERRARI. — Rupture de grossesse tubaire ; inondation péritonéale (*Bulletin Médical de l'Algérie*, 1908).
- FESC. — Grossesse extra-utérine et appendicite (*Thèse de Paris*, 1911).
- FILHOULAUD. — De la grossesse extra-utérine récidivée (*Thèse de Paris*, 1906-1907, n° 410).
- FOURNIER. — Grossesse extra-utérine, hématosalpinx. Laparotomie, guérison (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, n° 2, p. 65).
- FRAENKEL. — Les rayons X dans la gestation ectopique (*Zentralbl. f. Gyn.*, 9 avril, p. 493).
- FRANCIS. — Grossesse extra-utérine abdominale (*Canada Lancet, Toronto*, 1879-1880, XII, 353).
- FRANKLIN. — Grossesse intra et extra-utérine. Césarienne (Porro) (*Brit. Med. Journ., London*, 1894, I, 1019).
- FRANZ. — Grossesse extra-utérine à terme (*Gesell. f. Geb. u. Gyn., Berlin*, avril 1923).
- FREMONT. — De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et, en particulier, dans la grossesse tubaire (*Thèse de Paris*, 1899-1900, n° 364).

FRERS. — Grossesse extra-utérine à terme opérée le 10^e mois (*Semana Med.*, *Buenos-Ayres*, 1920, XXVII, 572).

FUNK BRENTANO. — Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1897-1898, n° 641).

GABASTOU ET HARGUINDEGUY. — La radiografia en el embarazo extra-uterina (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, juillet 1928).

GAIFAMI. — A proposito di gravidanza extra-uterina a termine misconosciuta (*La Clin. Ostet.*, sept. 1927, fasc. 9).

GAILHBAUD. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Toulouse*, 1930).

GARAND. — Contribution à l'étude des symptômes et du traitement de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Montpellier*, 1909-1910, n° 17).

GARCIA. — Trois cas de grossesses extra-utérines abdominales (*Rev. de Med. y Cirurg.*, *Caracas*, 1922, VI, 219).

GAUTHIER. — Sur la rupture de grossesse tubaire et l'avortement tubaire (*Thèse de Paris*, 1892-1893, n° 408).

GAUTRET ET GONCHERES. — Rupture de grossesse tubaire et douleur tardive élevée (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, *Paris*, 1927, p. 133).

GAYET. — Grossesse extra-utérine. Elimination du fœtus dans la vessie, puis par l'urètre ; pyonéphrose droite. Néphrostomie, météorolyse (*Bull. Soc. Franç. d'Urologie*, *Paris*, 1926).

GENTSH. — Deux cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1924, LXVIII, 2440).

GERNEZ ET MOULONGUET. — Un moyen de diagnostic de la grossesse extra-utérine (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1927, p. 133).

GILCHRIST. — Traitement de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1890-1891, n° 17).

- GILES. — Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus à la fin du 8^e mois ; opération le mois suivant (*Tr. Obst. Soc., London, 1905-1906, LXVII, 115*).
- GOBILLOT. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire. Avortement tubaire (*Thèse de Paris, 1893-1894, n° 453*).
- GOMEZ DE ROSAS. — Grossesse extra-utérine au 9^e mois. Laparotomie, guérison (*Rev. Med. Cubana, Habana, XXIX, 403*).
- GOODBRAK. — Grossesse extra-utérine s'étant poursuivie 3 ans et 6 mois. Extraction du fœtus par laparotomie (*Chicago Med. Journ., 1860, XVII, 403*).
- GOODELL. — Cas de grossesse extra-utérine à terme (*Internat. Clin. Phila., 1894, IV, 253*).
- GOSSWILLER. — De la laparotomie immédiate ou retardée dans le traitement des hémorragies de la grossesse tubaire (*Thèse de Lyon, 1910-1911, n° 54*).
- GRANT. — Grossesse extra-utérine à terme (*M. J. S.-Africa, Johannesburg, 1919-1920, XV, 87*).
- GRYFIE DE BELLECOMBE. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire interstitielle (*Thèse de Paris, 1911-1912, n° 113*).
- GROSSLIK. — Grossesse extra-utérine avec rétention de fœtus pendant 30 ans (*Ztschr. f. Gyn. Urol., Leipzig, 1911-1912, III, 241*).
- GROVE. — Ruptured cornual pregnancy ; discussion of cornual pregnancy in the literature (*Surg. Gyn. and Obst., Chicago, 1926, XLII, 102*).
- GUERMEUR. — Grossesse ectopique après le 5^e mois. Intervention immédiate ? au terme ? après le terme ? (*Thèse de Bordeaux, 1923, n° 30*).
- GUIBE. — Sur deux cas de récidence de grossesse extra-utérine (*Soc. Nat. de Chir. Utérine, 26 mai 1928, p. 748*).
- GUIDI. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Variété abdominale primitive (*Chir. Ostet., Roma, 1906, VIII, 137*).

- GUILLEMINE. — Grossesse extra-utérine rompue par fissurations successives de la trompe avec hématoécèle correspondantes (*Rev. Méd. de l'Est, Nancy*, 1^{er} avril 1928, p. 260).
- GUILLEMINE. — A propos de la douleur tardive élevée dans une grossesse extra-utérine (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris*, mai 1924).
- GUILLEMINET. — Un cas de grossesse double : intra et extra-utérine (*Lyon Médical*, 1925, CXXXVI, 605).
- HABAULT. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1911-1912, n° 236).
- HAMAKER. — Grossesse extra-utérine à terme (*Penn. M. J., Strons.*, 1913, XVII, 232).
- HARDIE. — Grossesse extra-utérine. Opération le 8^e mois, enfant vivant six heures. Placenta élevé, sans hémorragie à la 6^e ou 7^e semaine (*Australia Med. Gaz., Sydney*, 1896, XV, 263).
- HARDIMAN. — Extra-uterine pregnancy (*The Canadian Med. Assoc. Journ.*, mars 1927, n° 3).
- HARE. — Grossesse extra-utérine (*Boston M. and S. Journ.*, 1910, CLXIII, 873).
- HARRIS. — Grossesse extra-utérine ; laparotomie, guérison de la mère au fœtus macéré (*Tr. Obst. Soc., Phila.*, 1878-1879, VI, 55).
- HART. — Grossesse extra-utérine à terme. Extirpation après cinq ans de rétention (*J. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1902, I, 129).
- HARTMANN ET BERGERET. — 186 cas de grossesses extra-utérines dans les premiers mois (*Gyn. et Obst., Paris*, 1919).
- HENNECART. — De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non intervention dans la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1896-1897, n° 335).
- HENROTAY. — Le radiodiagnostic obstétrical (*Septième Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française, Bordeaux*, octobre 1931).

- HERNANDEZ. — Un caso de embarazo extra-utérine foetus mine (*Hosp. General, Mexico*, 1925-1926, I, 245).
- HERTZENBERG. — Case of full term extra-uterine foetus (*South Africa M. Rev., Capetown*, 1925, XXIII, 560).
- HERTZFELD. — Symptomatologie de la rupture tubaire extra-utérine (*Zentralbl. f. Gyn.*, 31 mars 1923, p. 537).
- HINZE. — Grossesse extra-utérine à terme (*Zischr. f. Gebutsh. u. Gyn., Stuttg.*, 1920).
- HISCHBERG. — Sur le travail de M. Fraenkel : Rayons X et grossesse extra-utérine (*Zeist. f. Gyn., Leipzig*, 18 juin 1921).
- HONG TSAI. — Rupture de grossesse tubaire dans le ligament large (*Thèse de Bordeaux*, 1925).
- IMBERT. — Radiographie de grossesse extra-utérine (*Archives d'Electricité Médicale*, 1898, p. 268).
- JEANNE. — Grossesse extra-utérine de trois mois arrêtée dans son développement, sans signes cliniques (*Soc. de Méd. de Rouen*, 11 février 1924).
- JEANNEREY, ROSSET-BRESSAND ET PENE. — Inondation péritonéale insidieuse par rupture de grossesse tubaire (*Gaz. Hebdom. des Sc. Médic.*, 29 juin 1930, 411).
- JERLOV. — Sur la pression artérielle dans la grossesse extra-utérine (*Acta Gyn. Scand.*, vol. II, I, 1923).
- HAROLD H. JOHSON ET JOSEPH S. DIASO. — Bilateral tubal pregnancy with rupture of both tubes (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, n° 1, janv. 1929, 116).
- JOLLY. — Grossesse extra-utérine abdominale avec enfant vivant (*Art. médic.*, n° 28, p. 30).
- JONESCO. — Considérations sur le signe de Laffont dans la grossesse extra-utérine rompue (*Rev. d'Obst., de Gyn. et Pueric., Bucarest*, 1924).
- JOUON. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire (*Thèse de Paris*, 1891-1892, n° 315).
- KAKOUCHKINE. — Matériaux cliniques sur la grossesse extra-utérine (*Journ. de Chir.*, mars 1923, p. 395).

- KELLER. — Grossesse extra-utérine à terme ; fœtus retenu 6 ans (*Med. council, Philad.*, 1908, XIII, 326).
- KENNEDY. — Intra-ligamentous pregnancy ; discussion with report of a left intra-ligamentous full term pregnancy with preoperation dead fœtus, mother living (*Am. J. Obst. and Gyn.*, *Saint-Louis*, 1925, 858).
- KERR. — Grossesse extra-utérine avancée dans laquelle le fœtus était libre dans la cavité péritonéale (*Tr. Glasgow, Obst. and Gyn. Soc.*, 1913, IX, 37).
- KLINE. — The decidual reaction in extra-uterine pregnancy (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, n° 1, janv. 1929, 42).
- KNAFF. — Grossesse extra-utérine portée à terme et reconnue par la radiographie (*Journal de Radiologie*, juin 1922, p. 295).
- KNOX. — Grossesse extra-utérine, mort du fœtus à terme ; rétention prolongée (*Tr. Med. Soc. Car., Charlotte*, 1901, 132).
- KOLMER ET BAER. — Grossesse extra-utérine à terme (*Proc. path. soc., Phila.*, 1919-1920, XXII, 54).
- KRAMER. — Grossesse extra-utérine avec grossesse abdominale secondaire (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, 1925, 204).
- KYNOCH. — Abdominal pregnancy secondary to tubal gestation at term, with notes of a case (*Tr. Edimb. Obst. soc.*, 1924-1925, XLV, 159).
- LABRY ET CARCASSONE. — Rupture d'une grossesse tubaire isthmique avec hémorragie artérielle et inondation péritonéale (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 1930).
- LA BURTHER. — Trois observations de grossesse extra-utérine (*Arch. médico-chirurg. de Province*, n° 10, 1927, 353).
- LAFFONT. — La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, déc. 1919, 232).

— La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire (*Presse Médicale*, 23 février 1924, p. 167).

— Au sujet de la douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine rompue (*Le Sud Médical et Chirurgical*, n° 2046, avril 1926).

LAFFONT ET EZES. — Des phénomènes sensitifs cutanés à distance en gynécologie (*Rev. Franç. d'Obst. et de Gyn.*, juin 1930).

LAFFONT ET FERRARI. — Une cause d'erreur de diagnostic dans un cas de grossesse extra-utérine rompue (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., Paris*, 1920).

LAFFONT, HOUEL ET CORTES. — Une observation de douleur tardive élevée de type croisé dans un cas de rupture tubaire (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., Paris*, 1926, 286).

LAFFONT, HOUEL ET CHIAPPONI. — Sur le diagnostic précoce de la grossesse. Méthode d'Aschein-Zondek appliquée à des souris adultes (*Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris*, n° 8, octobre 1929).

LAFFONT ET CHIAPPONI. — Sur le diagnostic biologique de la grossesse (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 6, juin 1930).

LAFFONT ET LARRIBERE. — A propos de trois cas de douleur élevée dans les affections annexielles (*Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris*, 1928, p. 575).

LAURENTIE. — Grossesse extra-utérine, erreur de diagnostic ; le pseudo-placenta (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1926, XV, 402).

LAURENTIE, MOUSSALIE. — Grossesse extra-utérine ayant apparu consécutivement à une épreuve de la perméabilité tubaire (*Soc. d'Obst. et de Gyn., Toulouse*, janvier 1925).

LEDOUX. — Full term extra-uterine pregnancy with report of three cases (*Am. J. Obst. and Gyn., Saint-Louis*, 1926, XI, 385).

- DE LEE. — Extra-uterine pregnancy (*Surgery, Gyn. and Obst.*, 1917, XXIV, p. 317).
- LEFILLIATRE. — Appendicite et grossesse extra-utérine (*Journ. de Méd. de Paris*, 1925, 140).
- LEGUEU. — Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite (*Bull. et Mém. de la Soci. de Chirurgie*, octobre 1902).
- La grossesse tubaire et son traitement (*Paris*, 1910).
- LELONG, COULLOUDON. — Confusion mentale à la suite d'une rupture de grossesse tubaire (*Arch. de Neurologie*, tome I, mars 1928, p. 121).
- LEMERCIER. — De la grossesse extra-utérine intra-ligamentaire après le 5^e mois (*Thèse de Paris*, 1901-1902, n° 317).
- LESCUYER. — De la momification du placenta dans les grossesses extra-utérines (*Thèse de Nancy*, 1897-1898, n° 6).
- LIEBE. — Weitere Falle von extra-uterin Graviditat (*Zentralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 1926, I, 50).
- LORENZETTIO. — Contributio alla diagnostica ostetrico ginecologia della gravidanza extrauterina e cisti ovarica (*La Clinica Ostetrica*, n° 11, novembre 1927).
- LOUANTIER. — De la coexistence de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1923, n° 8).
- MAC GUIRE. — Grossesse tubaire allant à terme après la rupture (*J. med. and surg.*, Richmond, 1904-1905, III, 465).
- MARSHALL. — Intraperitoneal hemorrhage and hematocoele arising from tubal abortion or rupture (*Glasgow Med. Journ.*, 1904, LXII, p. 91).
- MARTIN. — De la récidence de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1900-1901, n° 188).
- MASINI. — Rupture de grossesse tubaire, inondation péritonéale opérée à la 4^e heure ; guérison (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Marseille*, n° 2, novembre 1928).

- MASSARI. — Errore diagnostico in un caso di gravidanza extra-uterina senza amenorrea (*La Clinica Ostet.*, décembre 1928, p. 900).
- MATERZANINI. — Gravidanza extrauterina settimestre diagnostica come gravidanza uterina complicata da cisti ovarica con ritsanten e del feto morto (*La Clinica Ostetrica*, 1927).
- MATHIEU. — Sphacèle du kyste dans la grossesse extra-utérine (*Thèse de Toulouse*, 1907-1908, n° 778).
- MATHIEU ET GUIBAL. — Phénomènes douloureux paradoxaux et douleur tardive élevée dans un cas de rupture de grossesse tubaire (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris*, 1924, p. 395).
- A propos de la douleur tardive élevée dans la rupture de grossesse tubaire (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris*, 1924, p. 661).
- MATHIS. — Grossesse extra-utérine à terme ; opération huit mois après (*Texas State J. M. Fort Worth*, 1918, XIV, 13).
- MAUR. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine, spécialement dans la première période (*Thèse de Paris*, 1903-1904, n° 73).
- MAYER. — Grossesse extra-utérine droite opérée six mois après une ovariectomie chez une nullipare mariée depuis 15 ans (*Journ. Méd. de Bruxelles*, 1910, n° 17, p. 272).
- MAYGRIER. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine (*Thèse d'agrég. d'accouchem., Paris*, 1885-1886).
- MELOFF. — Dangers du traitement non opératoire de la grossesse extra-utérine (*Vrucht.*, n° 25, juillet 1901).
- METZGER. — A propos de quelques cas particuliers de grossesses extra-utérines (*Leçons de la Clinique Tarnier*).
- MEYER. — Grossesse extra-utérine perforée dans la vessie (*Strasbourg Méd.*, 1926, t. II, p. 46).

- MICHEL ET VERMELIN. — Grossesse extra-utérine rompue ; douleur épigastrique (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1925, p. 611).
- MICHOLITSCH. — Douleur croisée de l'épaule, signe de grossesse extra-utérine (*Wiener med. Woch.*, n° 9, 25 février 1928).
- MILIS. — Extrauterine gestation going to term with a living mother and child (*Indican M. gaz., Calcutta*, 1925, IX, 510).
- MIRAMOND DE LAROQUETTE. — Radiographie de grossesse extra-utérine (*J. de Radiologie et d'Electrologie*, 1925, 407).
- MIRTO. — Caractère peu commun du poulx dans quelques cas d'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire (*Annali de Ostet. et Gyn.*, Milano, 30 nov. 1913).
- MOEBUS. — Extrauterin Graviditat bei Lebender Frucht (*Monats. f. Geburt u. Gyn.*, 1902, XV, p. 642).
- MOIROUD. — Sur un cas de grossesse extra-utérine abdominale (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Marseille*, 1928).
- MOLIN. — De l'intervention chirurgicale dans les grossesses extra-utérines (*Lyon Chirurgical*, 1921, p. 554).
- MONGIE. — Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Bordeaux*, 1897-1898, n° 40).
- MOSS. — Gravidanza extra-uterina per tuberculosi salpingea (*La Clinica Ostet.*, fasc. II, nov. 1928, p. 806).
- MÜLLER. — Grossesse tubaire isthmique rompue ; inondation péritonéale (*Loire Médicale, Saint-Etienne*, 1923, p. 399).
- MURARD. — Intervention dans l'inondation péritonéale de la grossesse tubaire (*Lyon Chirurgical*, 1921, p. 386).
- MURET. — Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine (*Rev. de Gyn. et de Chir. Abdomin.*, 1898, p. 947).
- NASH. — Grossesse extra-utérine de huit mois (*Brit. M. J. London*, 1918, II, 406).

- NEWTON. — Double uterus pregnancy in each cornu ending to abortion (*Brit. M. J., London*, 20 nov. 1926, p. 938).
- NICHOLSON. — Grossesse extra-utérine à terme (*Am. J. Obst., New-York*, 1908, LVII, 801).
- NISOT. — De l'étiologie de la grossesse extra-utérine (*Bruzelles Médical*, n° 3, 14 nov. 1926).
- NORRIS. — Icterus in ectopic gestation ; modes of jaundice production (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mars 1917).
- ORRILLARD. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable (*Thèse de Paris*, 1893-1894, n° 181).
- PAGE. — Grossesse extra-utérine ; extraction d'un enfant mort et à terme (*Lancet, London*, 1898, II, 1123).
- PAGE ET FERREY. — Rupture et grossesse tubaire ; évolution à terme de grossesse normale (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, juillet 1925).
- PALLIEZ. — De la grossesse extra-utérine ; variété dite abdominale (*Thèse de Lille*, 1927 ; *Gaz. des Hôpitaux*, n° 95, nov. 1928, p. 1662).
- PAQUY. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine : des grossesses développées dans les trompes saines (*Thèse de Paris*, 1896-1897, n° 373).
- PATEL. — Grossesse itérative extra-utérine (*Lyon Chirurgical*, 1922, p. 705).
- PATERSON. — Grossesse extra-utérine ; opération au 6^e mois de la gestation (*Lancet, London*, 1908, II, 1835).
- PAUCOT. — Hématocèle par rupture intra-ligamentaire de grossesse tubaire (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris*, 1924, XIII).
- PAYEN. — Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines répétées (*Thèse de Lyon*, 1898-1899, n° 157).
- PECHER. — Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines doubles (*Thèse de Paris*, 1906-1907, n° 213).

- PELLET. — De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Lyon*, 1908-1909, n° 61).
- PENIN. — Double rupture de grossesse tubaire de 14 mois d'intervalle (*Progrès Médical de Paris*, 1926, XI, 1384).
- PERICIE CARLINI. — Laborio procurato della gravidanza extrauterina di punto di vista medico-legale (*La Clinica Ostet.*, oct. 1928, fasc. 10).
- PERKINS. — Grossesse extra-utérine prolongée trois mois au delà du terme (*Tr. Philad. Obst. Soc.*, 1871).
- PERY, BOURSIER ET MONGE. — Rupture de grossesse tubaire, douleur épigastrique (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris*, 1927, p. 131).
- PETERSON. — Grossesse extra-utérine de 7 mois, laparotomie, guérison (*Am. J. Obst., New-York*, 1909, LIX, 659).
- PEZCOLLER. — The rari casi di gravidanza extra-uterina (*Bull. Médical, Trente*, 1926, X, 313).
- PHELIP. — Grossesse tubaire gémellaire rompue ; douleur (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1920, 412).
- PIERSON. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires. Mécanisme de la rupture. Résultats éloignés des interventions (*Thèse de Paris*, 1912-1913, n° 360).
- PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (*Annales de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1889 ; *Bull. de l'Académie de Médecine, Paris*, 1894 ; *Semaine Médicale de Paris*, 1894 ; *Annales de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1892).
- PINATEL. — Nécessité de l'intervention systématique immédiate dans la grossesse tubaire non rompue, la rupture tubaire et l'hématocèle constituée (*Thèse de Bordeaux*, 1921-1922, n° 137).
- PLOYE. — De la coexistence des grossesses intra et extra-utérines (*Thèse de Bordeaux*, 1907-1908, n° 4).
- POLAK. — Grossesse intra et extra-utérine à terme (*Saint-Louis M. et S. Journ.*, 1871, VIII, 193).

- PORTES, DESNOYERS ET LEBLANC. — Gestation ectopique ayant évolué jusqu'au terme (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, juin 1929, n° 6, p. 396).
- PORTES ET LEBLANC. — A propos du diagnostic radiologique des gestations ectopiques (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, mars 1930, p. 169).
- POTIER ET BAZY. — Grossesse tubaire rompue doublant une grossesse utérine (*Soc. d'Anatomie*, 1^{er} mars 1912).
- PRAGUER. — Grossesse extra-utérine abdominale (*Gaz. médicale de Bahia*, 1895-1896, VI, 206).
- PROUST. — Le signe de Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire (*Paris Médical*, n° 32, 7 août 1920).
- PRUNET. — Contribution à l'étude des grossesses ectopiques et de leur récidiive. Etiologie, pathogénie (*Thèse de Montpellier*, 1903-1904, n° 4).
- PUCCINELLI. — Rothura di gravidanza extra-uterina al 5° mense (*Clinica Ostet.*, Roma, 1925, XXVII, 217).
- RALLI. — Etude clinique de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris*, 1900).
- RAMADIER. — Grossesse tubaire droite rompue doublant une grossesse utérine (*Soc. d'Anatomie*, 1^{er} mars 1931).
- REEB. — Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intra-veineuse d'extrait hypophysaire postérieur (*Gynécologie et Obstétrique*, mars 1930).
- RICARD. — Sur la pathogénie du syndrome anémique dans les grossesses tubaires rompues (*Lyon Chirurgical*, XXVI, n° 3, 26 avril 1930, 570).
- Grossesse extra-utérine rompue (*Lyon Médical*, 1926, 301).
- RICOLFI. — La grossesse extra-utérine (*Le Concours Médical*, 1924, p. 1177).
- RIVIEREZ. — L'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire à forme appendiculaire (*Thèse de Paris*, 1926).

- ROCHE. — Shoulder pain in ruptured ectopic gestation (*Clen. Guou., London*, 1925, p. 2513).
- ROCHET ET LABRY. — Forme anormale épigastrique de rupture tubaire (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 1924).
- ROCQUET. — De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme. Diagnostic et traitement (*Thèse de Paris*, 1891-1892, n° 171).
- ROQUES. — Radiographie du produit d'une grossesse extra-utérine ayant séjourné 21 ans dans la cavité abdominale (*Arch. d'Electricité méd.*, 1906, p. 594).
- ROSS. — Grossesse extra-utérine. Laparotomie ; extraction du placenta ; drainage, guérison (*J. Obst., New-York*, 1909, LIX, 602).
- ROWLAND. — Extra-uterine pregnancy at full term. (*Sing. Gyn. and Obst., Chicago*, 1926, XIII, p. 50).
- ROY. — Opération for full term extra-uterine pregnancy (*Parcitionner, London*, 1925, XCV, p. 339).
- SAPATIER. — La douleur tardive élevée dans la rupture tubaire (*Thèse de Paris*, 1925).
- SAUVE. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées (*Thèse de Paris*, 1905-1906, n° 214).
- SCHMIDT. — Deux cas de grossesse extra-utérine avec enfant mort (*8^e Munchen*, 1903).
- SCHWARTZ. — Formes rares de grossesse extra-utérine (*Paris Médical*, 1926, LIX, p. 297).
- SCOTT. — Grossesse extra-utérine à terme ; autopsie huit ans après (*Cleveland M. J.*, 1911, X, p. 514).
- SEGOND. — Traitement des grossesses extra-utérines (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, oct. 1898, p. 241).
- SEJOURNET. — Récidive de grossesse extra-utérine. Difficultés d'interprétation au 6^e mois ; clinique confirmée par la radiographie (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1930, XIX, n° 6, 390).

- SEMB. — Grossesse extra-utérine de neuf mois (*Norsk. mag. f. Laegevidentk Christiana*, 1903, 386).
- SENS. — Etude critique de 89 observations de récidence de grossesse ectopique (*Thèse de Paris*, 1900-1901, n° 203).
- SERPA. — Un caso de embarazo extrauterina (*Repert. de Med. e Cirurg.*, Bogota, 1925-1926, XVII, p. 563).
- SIGALAS. — Diagnostic de l'hématocœle par la réaction de sédimentation (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XVI, juillet 1927).
- SIGWART. — Récidence du même côté de grossesse extra-utérine (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1922, n° 18).
- SOLMS ET KLOPSTOCK. — La réaction de Zondek et Ascheim et sa signification pour le diagnostic différentiel des aménorrhées et des dysménorrhées (*Münchener Medizinische Wochens*, tome LXXVI, n° 46, 15 novembre 1929).
- SOULIGNOUX ET LAQUIERE. — Un cas de grossesse tubaire rompue ayant simulé un étranglement (*Soc. d'Anatomie*, décembre 1922).
- STENIO. — Le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine dans les dix dernières années (*Zentralbl. f. Gyn.*, 6 décembre 1924, n° 49).
- TAINTURIER. — Etiologie des grossesses extra-utérines. Recherches expérimentales et essai critique (*Thèse de Paris*, 1894-1895, n° 96).
- TATE. — Grossesse extra-utérine ; mort du fœtus à terme. Extirpation du sac trois mois après (*Proc. Roy. soc. med.*, London, 1911, V).
- TENCONI. — La bilirubinurie en rapport avec l'hémorragie endo-péritonéale par grossesse extra-utérine (*Ann. di Ostet. e Gyn.*, mars 1927).
- THIRION. — Rupture de grossesse extra-utérine prise pour une torsion salpingienne (*J. des Sc. méd. de Lille*, n° 30, 24 juillet 1927).
- THOMAS. — A propos du diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les premières semaines (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1922).

THROEK. — Extra-utérine pregnancy developped to term ; death of foetus. Laparotomy after three monthes (*The Amer. Hospital, Chicago*, III, février 1927).

TOPIER. — Réinjection de sang accumulé dans la cavité péritonéale dans un cas de rupture de grossesse extra-utérine (*Deut. med. Woch.*, n° 3, 1922).

TRAVERSON. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant (*Thèse de Paris*, 1917).

VANVERTS. — Intervention précoce ou retardée dans l'inondation péritonéale compliquant la grossesse tubaire (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 6, juin 1921).

— Le signe du Douglas dans la rupture de la grossesse extra-utérine et dans l'avortement tubo-abdominal (*Gaz. des Praticiens*, 15 mars 1922).

VIALLET ET JAHIER. — Radiographie d'une grossesse tubaire après injection intra-utérine de lipiodol (*Arch. d'Electricité méd.*, août-septembre 1927, p. 360).

VIEGAND. — Statistique de grossesses extra-utérines (*Journal de Chirurgie*, 1921, p. 400).

VILLARD. — Rupture de grossesse tubaire interstitielle ; inondation péritonéale, laparotomie, guérison (*Lyon Médical*, 1926, CXXXVIII, 12).

VINOGRADOV. — Deux cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire (*Journ. Akonsk. v. zhensk. Boliez Leningrad*, 1926).

VIOLET. — Guérison complète des grossesses extra-utérines traitées par la marsupialisation du kyste (*Thèse de Toulouse*, 1909-1910, n° 17).

— Grossesse extra-utérine avec enfant mort 15 jours avant terme. Extirpation par laparotomie deux mois après la mort de l'enfant. Guérison (*Lyon Médical*, 1926, t. II, p. 259).

VRANIALI. — Grossesse extra-utérine et appendicite. Coexistence et diagnostic différentiel (*Thèse de Lyon*, 1920-1921, n° 105).

Néphrostomei, métérolyse (*Bull. Soc. Franç. d'Urologie*,

WOEON. — Rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux (*Gynécologie et Obstétrique*, août 1929, p. 203).

ZIMMERMANN. — Grossesse extra-utérine à terme ; opération, mort. (*Brooklyn M. J.*, 1903, XVII, p. 544).

— Extra-uterin gestation (*Long Island M. J.*, sept. 1928).

ZUHRELLE. — Diagnostic radiologique de la grossesse extra-utérine dans les derniers mois avec fœtus mort (*Zentr. f. Gyn.*, n° 36, 1912, p. 1177 ; *Arch. d'Electricité méd.*, 1913, p. 231).

Table des Matières

INTRODUCTION	13
OBSERVATIONS	17
DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE :	
1. — Notions étiologiques	67
2. — Anatomie pathologique	73
3. — Symptomatologie	84
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	107
COMPLICATIONS	117
TRAITEMENT	143
CONCLUSIONS	159
BIBLIOGRAPHIE	163

VU : *Le Président de thèse,*

Signé : LAFFONT.

VU : *Le Doyen,*

Signé : E. LEBLANC.

VU et permis d'imprimer :

Alger, le 17 novembre 1931.

Le Recteur,

Signé : TAILLIART.

